



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA  
UNAN-MANAGUA.



RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

## **Trabajo Monográfico para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía General**

### **TITULO**

**Calidad del llenado e Interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo de parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015.**

Autor: Reynaldo Ramón Flores Puerto

Tutor: Dr. Hugo Espinoza Delgado Gineco-Obstetra Jefe del Servicio de  
Ginecología del H.E.R.S.J.

Asesor metodológico: M.S.C. MD. José de los Ángeles Méndez

Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas.

Managua, Nicaragua, Noviembre del 2015

## Índice

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
OPINION DEL TUTOR.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	3
III. ANTECEDENTES.....	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
V. OBJETIVOS.....	13
V.1. OBJETIVO GENERAL .....	13
v.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	13
VI. MARCO TEORICO.....	14
VII. MATERIAL Y METODO.....	47
VIII.RESULTADOS .....	67
IX. ANALISIS/ DISCUSION DE LOS RESULTADOS .....	76
X. CONCLUSIONES.....	92
XI. RECOMENDACIONES.....	94
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	96
XIII.Anexos.....	

## **DEDICATORIA**

Dedico mi trabajo monográfico en primer lugar a DIOS, quien siempre ha estado a mi lado a lo largo de toda mi vida. Sin su ayuda y bendiciones no habría alcanzado mis sueños.

A mi Madre Reyna Isabel Puerto Toruño, quien me ha permitido lograr mis más grandes sueños hasta esta etapa de mi vida. A mi Hermano Marcos Antonio Flores Puerto a quien le deseo éxitos y lo mejor en la vida, a mi abuela Lidia Puerto gracias por su amor y esfuerzos, y a mis demás familiares que han estado a mi lado siempre alentándome a luchar por mis sueños y nunca darme por vencido aun cuando en camino fuera difícil y en el hubieran miles de obstáculos, A mi novia Dra. Natalia López Martínez y mi mejor amigo Dr. Carlos Peña Delgadillo quien es casi como mi hermano, ruego a Dios siempre los bendiga y proteja ya que son ángeles en mi vida, con los que siempre podre contar.

Y finalmente dedico mi trabajo a mis tutores y Maestros:

Dr. Hugo Espinoza Delgado Gineco-Obstetra Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe.

Dr. José de los Ángeles Méndez Gineco-Obstetra M.S.C.MD Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas. UNAN- Managua.

Dr. James Francisco Martínez Gineco-Obstrecta y Subdirector del Hospital Alfonso Moncada Guillen, Ocotal-Nueva Segovia.

Gracias por ser fuentes de inspiraciones en mi vida, mi trabajo y mis estudios, para seguir adelante luchando y poder alcanzar todos mis sueños. Gracias por todos los valores, principios y conocimiento que me han entregado y enseñado. Gracias por enseñarme el arte y el amor por la Gineco-Obstetricia, por lo que dedico mi trabajo a ustedes.

Y pido humildemente a DIOS poder ser como ustedes, un gran médico y miembro útil a la sociedad y al sistema de salud.

**Reynaldo Ramón Flores Puerto**

## AGRADECIMIENTO

**A MI Padre Dios** todo poderoso, por el amor que me ha entregado día a día, por ser la luz en mi vida y en mi camino, por ser mi compañero fiel, por guiar mi vida hacia un futuro mejor. Agradezco a mis padres por su amor, compañía y apoyo incondicional durante este largo caminar ya que siempre me animaron a seguir adelante por sobre todas las cosas. Gracias mi Dios por ser las fuerzas que me mantuvieran vivo y me permitieran luchar, a lo largo de todos estos años cuando me sentí derrotado y pensé que todo estaba perdido. Por ser mi esperanza cuando me sentí solo. Por su presencia en los momentos más difíciles de mi vida, mil gracias señor. Y gracias por llenar mi camino de ángeles que han sido instrumento de tu voluntad en mi vida. **A mí sagrada virgen María**, por sus milagros e intersecciones realizadas en mi vida. **A mi santo patrono Santiago** por permitirme cumplir mis sueños, por sus bendiciones y sus milagros en mi vida.

**A mis padres: Reyna Isabel Puerto Toruño y Reynaldo José Flores Barrios** por ser Los más grandes maestros de mi vida. Por su amor y entrega para que mis sueños se hagan realidad.

A mis tutores y maestros, humildemente gracias por ayuda y toda su disposición:

**Dr. José de los Ángeles Méndez** Gracias por su valiosa ayuda, su disposición y dedicación, su tiempo incondicional, gracias por la confianza que me entrego y por la amistad que me brindo. Sin su ayuda no hubiese logrado realizar mi trabajo monográfico con mucho esfuerzo y dedicación. Gracias por ser una inspiración más en mi vida para alcanzar mis sueños.

**Dr. Hugo Espinoza Delgado** Gracias por ser mi Mentor, mi amigo y maestro, por su esfuerzo y ayuda, por sus consejos, sobre todo gracias por ser mi más grande inspiración en la vida para luchar y alcanzar todos mis sueños. Gracias por enseñarme el arte y el amor por la Gineco-Obstetricia

**Reynaldo Ramón Flores Puerto**

## **OPINION DEL TUTOR**

El parto marca el fin de la gestación y su duración normal es uno de los temas más debatidos, por la dificultad para precisar su comienzo y la enorme variabilidad que se observa en su proceso. Se considera un acto fisiológico, puesto que constituye la forma natural de reproducción de la especie humana; sin embargo, como suelen producirse complicaciones materno-fetales, que pueden ser mortales para madre e hijo, se decidió abandonar la ancestral costumbre de parir en el domicilio para hacerlo en las maternidades lugar donde se emplea un método grafico para señalar el avance del trabajo de parto.

El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva. Por tal razón nos propusimos describir la evolución histórica del partograma, sus ventajas, objetivos y aplicación clínica, en el manejo y vigilancia del trabajo de parto con vista a ampliar su uso, pues a pesar de ser empleado en algunas ocasiones no se interpreta.

Esta revisión monográfica persigue divulgar el uso del partograma y profundizar en su conocimiento. Describe los objetivos, el modelo gráfico estándar para la elaboración de las curvas del parto y, entre otros aspectos, las ventajas de la utilización universal de este valioso instrumento que permite seguir la evolución del trabajo de parto.

Felicitaciones al bachiller por este logro alcanzado en su vida profesional y personal por contribuir con un documento tan valioso como el elaborado para ayudar a los demás.

Afectuosamente,

**Tutor(a): Dr. Hugo Espinoza Delgado Gineco-Obstetra**

**Jefe del Servicio de Ginecología del H.E.R.S.J.**

## I. INTRODUCCIÓN

El parto no es siempre un evento normal, los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbarse y destruir la armonía necesaria para la realización de un parto normal o eutócico. Cada segundo nacen miles de bebés en el mundo, de los cuales el 80% lo hacen por vía vaginal, el 20% por cesárea, y en cada grupo habrá un número de bebés con riesgo de enfermar o de morir como consecuencia de complicaciones durante el trabajo de parto.

Por esto, es la importancia de brindar una atención con calidad durante el trabajo de parto y en el parto; la vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos, y es una oportunidad para brindar el acompañamiento y la atención humanizada que la mujer gestante requiere. (5)

A nivel mundial es una inquietud la disminución de los problemas inherentes al parto, para de esta manera reducir las complicaciones maternas y feto-neonatales, esto ha obligado a prestar más atención en la vigilancia del trabajo de parto en todos sus periodos, una forma sencilla de hacerlo es a través de la vigilancia en forma gráfica. Para la atención calificada del parto, se garantiza que todas las personas que atienden el parto tengan los conocimientos, aptitudes, el equipo y tecnología necesaria (partograma) para realizarlo en una forma limpia y segura y que a su vez tengan los medios para referir de forma oportuna si se presenta una complicación obstétrica. (9)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso del partograma para el monitoreo de todas las mujeres durante el trabajo de parto. Dicho instrumento es una herramienta no un fin en sí. Utilizado eficazmente, da una representación gráfica del avance del trabajo de parto y del estado de la madre y del feto, es una guía para detectar a tiempo el trabajo

de parto prolongado u obstruido, de igual forma apoya la toma de decisiones informada para el manejo del parto. (10)

Además, el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones, así como un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios obstétricos.

El partograma ha sido utilizado en diferentes países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Recibe a su vez diferentes nombres como: Normograma, Cervicograma, Registro gráfico y Hoja de labor y parto. <sup>(12)</sup>

Es considerado barato, efectivo, practico y ayuda a tomar decisiones anticipadas, para transferir, conducir, finalizar el trabajo de parto o indicar una cesárea. Este instrumento recopila información sobre distintas variables fisiológicas de la madre y el feto durante la labor y el parto.

Indistintamente de su estructura el común denominador en el mismo son tres componentes: La condición materna, condición fetal y el progreso del trabajo de parto. La mayor importancia se da en la interpretación de estos componentes lo que viene a repercutir directamente en la calidad de atención de los pacientes y en la mejoría de los resultados perinatales tales como disminución del índice de cesárea y porcentaje de asfixia al nacer. <sup>(3)</sup>

En el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, donde es atendida la mayoría de nacimientos del departamento de Carazo y de Municipios de algunos departamentos vecinos, actualmente, no hay estudios que permitan evaluar la calidad de atención del trabajo de parto, utilizando el partograma como instrumento de vigilancia y análisis de las complicaciones que pueden ocurrir durante el trabajo de parto.

Por lo tanto, este estudio pretende proveer información acerca del llenado correcto del partograma y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto. Lo que permitirá brindar atención con calidad y calidez al binomio madre/hijo.

## II. JUSTIFICACIÓN

En el año 2007 se observó que la mortalidad materna se presenta con un 22% en el embarazo, 23% en el parto y con un 57% en el puerperio. La distribución por causas, mostró un 59% como obstétrica directa, 26% obstétricas indirectas y 15% por causas no obstétricas.

En Nicaragua, aunque la Mortalidad Materna va en descenso, sigue siendo todavía una de las más altas de la región. Es importante mencionar que la MM distribuye su gran peso porcentual durante el embarazo 22%, parto 25%, y puerperio 59%. La distribución de la Mortalidad Materna en el territorio nacional está asociada a factores de pobreza, lo cual tiene relación directa con el acceso y la calidad de la atención prenatal, la baja cobertura institucional del parto, así como la calidad y la cobertura en la atención del puerperio. En la actualidad una tercera parte de los partos son atendidos por personal no calificado. (7)

En Nicaragua desde 1987 se utiliza el partograma para la vigilancia del trabajo de parto en unidades del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud. (6)

El partograma actualmente es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad de atención del parto de forma individual. Este instrumento determina si la evolución de parto es normal o no, contribuye también a diagnosticar el uso de oxitócicos y la realización de cesárea. (7)

Es así como cada segundo nacen miles de niños, donde más del 50 % de ellos en el Hospital Bertha Calderón Roque son por vía cesárea y el resto por vía vaginal y cada uno de estos grupos tanto la madre como el bebe, se enfrentan a innumerables riesgos de enfermar o morir, por lo cual es importante llevar un registro adecuado del trabajo de parto y parto y así poder prevenir estos riesgos de manera oportuna; el Partograma constituye la herramienta adecuado que nos permite identificar de manera oportuna una complicación para incidir en ella o evitarla, hay que aclarar que el Partograma dice mucho si se interpreta correctamente pero depende del médico la dinámica que realizara para abordar correctamente a la mujer embarazada. (4)



Por lo tanto la importancia del uso del partograma en el trabajo de parto constituye un instrumento de gran relevancia porque un correcto llenado nos garantiza una calidad de la vigilancia del trabajo de parto, así evitamos una disminución en el uso de oxitocina, decrece el trabajo de parto mayor de 18 horas, previene la ejecución de cesárea por sospecha de desproporción cefalopélvica, evita el empleo del fórceps y previene la sepsis posparto. (7)

El objetivo del presente trabajo fue identificar la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015.

### III. ANTECEDENTES

El análisis de la progresión del trabajo de parto fue realizado por Friedman y Cols. en la década del 50, quienes efectuaron una representación gráfica, describiendo una fase latente, caracterizada por borramiento y dilatación cervical hasta los 4 cm; seguida de una fase activa con dos partes claramente diferenciadas. <sup>(1)</sup>

Existen más de doscientos tipos de partograma, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido aceptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este documento se define, que el partograma no solo es un hecho descriptivo de un fenómeno biológico, sino una tecnología que permite un cuidado adecuado de la madre y el niño, y contribuye así a la reducción de las tasas de cesárea. <sup>(1)</sup>

1990 Resultados del partograma en más de 35,000 pacientes primera prueba clínica a gran escala: <sup>(8)</sup>

Disminuye el uso de oxitocina en 59 %,

Decrece el trabajo de parto mayor de 18 horas en 49 %.

Previene la ejecución de cesárea por sospecha de desproporción cefalopélvica en 75 %.

Evita el empleo del fórceps en 30 %.

La sepsis posparto se disminuye en 73 %.

La Organización Mundial de la Salud introdujo en 1992 la utilización del partograma para evaluar el seguimiento de la fase latente, pero no se ha logrado el impacto necesario en la comunidad médica. Al respecto, las evaluaciones de Mathews en este campo, donde compara la preferencia de los profesionales por el seguimiento del

trabajo de parto y la utilización del partograma en las fases latente y activa, con los que optaban solo por el instrumento evaluador para la segunda fase, arrojaron preferencias por este grupo. (8)

2009. El estudio de Jiménez, Carpio. Calidad de la atención en la vigilancia del trabajo del parto con partograma en pacientes hospitalizados en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, Ecuador 2009. Se obtuvieron los siguientes resultados:

De un total de 100 historias clínicas revisadas 99 (99%) poseen partograma y 1 (1%) no presentaban esta hoja de registro, De un total de 99 partogramas revisados 83 (84%) no poseen datos y 16 (16%) poseen algún tipo de datos, De un total de 16 partogramas revisados 12 (75%) no poseen datos y 4 (25%) poseen datos generales entendiendo como estos al nombre de paciente, número de historia clínica y fecha de inicio de partograma, De un total de 16 partogramas que tienen algún tipo de datos 4 (25%) consta el nombre y número de historia clínica y ninguno presenta registro de fecha de inicio de partograma, De un total de 16 partogramas con datos, 2 (12.5%) no poseen datos de curvas y 14 (87.5%) poseen algún registro de curvas, De un total de 16 partogramas que tienen registro de datos 14 (87.5%) consta curva de alerta, y de estos catorce 3 (19%) también presentan curva real y ninguno posee registro de planos de Hodge, De un total de 16 partogramas que poseen datos 9 (56%) presentan registro de datos materno fetales y 7 (44%) no poseen datos materno fetales. (2)

2011-2012. El estudio realizado por los Dres. Briones, Hernán, “Evaluación del partograma en primíparas con embarazo a término y labor de parto espontánea como instrumento para disminuir cesáreas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el período de enero 2011 – agosto 2012” y se obtuvieron los siguientes Resultados: Se estudiaron 84 pacientes gestantes cuyo embarazo se encontraba entre las 37 a 41 semanas de gestación, con edades comprendidas entre los 11 y 35 años, con una aplicación del partograma del 100%, se observó que el 81% de pacientes terminaron su embarazo por parto vaginal y un 19 % vía cesárea cuya

indicación se debió a sufrimiento fetal agudo (43%), desproporción céfalo-pélvica (23%), Distocia de presentación (14%), expulsivo prolongado (10%) y otras causas (10%) y Concluyen que el partograma es un instrumento de registro gráfico útil, que permite tomar decisiones terapéuticas adecuadas durante la labor de parto, disminuyendo el número de cesáreas innecesarias.<sup>(1)</sup>

En Nicaragua desde 1987 se utiliza el partograma para la vigilancia del trabajo de parto en unidades del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud. <sup>(6)</sup>

En 1994, Los Dres. Chamorro y Espinoza, realizaron el estudio sobre la curva de alerta del partograma en el Hospital Bertha Calderón Roque de Julio a Agosto, 1994, encontrando de los 200 expedientes revisados a 140 (70%), no se le realizó un adecuado registro. <sup>(11)</sup>

En Nicaragua en 2005-2007, un estudio de monografía para optar al título de Médico Especialista en Ginecología titulada: Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con Partograma y curva de alerta en el periodo de Junio del 2005 a Junio del 2007 en el Hospital de León cuyos resultados fueron: Falta de datos generales de la paciente, Selección incorrecta del patrón de curva de alerta, Grafica inadecuada de la curva de alerta, No hay interpretación adecuada de la curva real con respecto a la curva de alerta, No se grafica adecuadamente el descenso de la presentación, No hay interpretación adecuada de las variaciones de las contracciones uterinas, No se grafica de forma adecuada los cambios de patrones en la curva de alerta, Las casillas de observación no son utilizadas de la forma correcta y No se utiliza cierre del Partograma al producirse el parto. <sup>(4)</sup>

2007. En un estudio sobre uso del partograma en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de León, Nicaragua 2007, se determinó lo siguiente: De todos los expedientes revisados, el 100 % tenían Partograma, el 75 % fueron llenados correctamente y el 25 % de manera inadecuada, el 36% de los expedientes refiere en terminación del parto en cesáreas (Velasquez 2007), además de determinar que los hallazgos más frecuentemente encontrados en las cesáreas indicadas por sufrimiento fetal fueron: Oligoamnios, líquido amniótico meconial, circular de cordón y Polihidramnios. <sup>(4)</sup>

2007. El estudio realizado por Medal, Mejía, Rojas: Calidad del llenado de las Hojas de Control Prenatal de pacientes remitidas de atención primaria ingresadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional Asunción Juigalpa desde el 01 de abril hasta el 31 de julio del 2007. Con base en la metodología planteada, se revisaron los datos de las pacientes consignados en los Controles prenatales de 400 Historias Clínicas Perinatales Básicas Simplificadas de mujeres embarazadas que ingresaron al servicio de

Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional Asunción Juigalpa. Tenemos entre los Datos sociodemográficos y biológicos que los resultados fueron: Numero de código de la unidad de salud 45 (11.3%) estaban completos. En el Numero de identidad 205(51.3) estaban completos. En el Nombre 400(100%) estaban completos. En la Procedencia 165(41.3%) estaban completos. En Edad 393(98.3%) estaban completos. En Alfabetización 309(77.3%) estaban completos. En la Raza 370(92.5%) estaban completos. En la Escolaridad 389(97.3%) estaban completos. En el Estado civil 395(98,8%) estaban completos. En el área de Antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstétricos, los datos de Antecedentes patológicos y familiares estaban completos en 394(98.5%), los Antecedentes gineco-obstétricos estaban completos en 322(80.5%). Embarazo actual: El Peso anterior estaba completo en 369(92.3%), la Talla estaba completa en 302(75.5%), la Fecha de última menstruación y Fecha probable de parto estaba completa en 397(99.3%), el Examen clínico estaba completo en 349(87.3%), el Examen físico estaba completo en 170(42.5%). (6)

En un estudio publicado en el año 2007 realizado en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales León de Nicaragua, se concluyó que de 287 historias clínicas de las pacientes estudiadas todas contaban con hoja de partograma, 215 tenían un registro adecuado del partograma, en 72 se encontró un registro inadecuado. (2)

En el año 2009. Los Doctores Berger y Hernández, realizaron el estudio relación del partograma con eventos perinatales adversos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de octubre a diciembre del 2009. Encontrando los siguientes resultados:

De 1492 expedientes revisados al 85 % de las pacientes atendidas se le realizó partograma, se encontró que el porcentaje promedio de llenado e interpretación por partograma fue de 73 %, los ítems con mayor debilidad fueron: La interpretación de la curva real interpretación de la frecuencia cardíaca fetal, como la falta de la utilización de las casillas de observación y su registro en el expediente clínico. En relación al promedio global, solamente 4 de cada 10 expedientes analizados presentaron un porcentaje mayor del 98 %, establecido por el MINSA, como mínimo a considerar que un expediente fue bien llenado e interpretado. (11)

En el año 2009, se realizó un estudio en el Hospital Bertha Calderón Roque sobre el nivel de calidad del llenado e interpretación del partograma, con una muestra de 360 partos, donde obtuvieron los siguientes resultados: En lo general con respecto al llenado solamente el 56 % cumplieron con el partograma, en la interpretación solo el 13 % cumplieron con los requisitos. En resumen la calidad de interpretación del partograma fue no satisfactoria en el 87 %.

Los criterios mejor llenados fueron: Datos generales de la embarazada con el 91 %, tiempo de inicio de la elaboración del partograma con 100 % y la selección del patrón de la curva de alerta con 100 %. Los criterios donde se solicitan la interpretar los datos del partograma fueron el 0 % de cumplimiento. (11)

En el año 2010, se realizó un estudio en el Hospital Fernando Vélaz Paiz por el Dr. Jorge Hernández Guzmán. Donde se evaluó el llenado e interpretación de Partograma en el servicio de Labor y parto, los resultados son los siguientes: El resultado global de llenado global de llenado adecuado e interpretación del Partograma fue de 16.66%. Los criterios que se cumplieron satisfactoriamente fueron, tiempo de inicio adecuado de la elaboración del Partograma y selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta. Los cumplimientos más bajos fueron grafica de forma adecuada, la ruptura espontanea de membrana, grafica adecuadamente los cambios de patrón en la curva de alerta, utiliza las casillas de observación. (11)

En el año 2011, El Br. Saborío realizó el estudio Utilización del partograma como herramienta para la toma de decisiones en los partos atendidos en el servicio de labor

y parto del Hospital José Antonio Brenes Palacios de Somoto de Octubre a Diciembre 2011, se obtuvieron las siguientes conclusiones: Calidad del llenado e interpretación del partograma representa en el 66 % (197 ) de cumplimiento, pero aún existe una brecha de 34 % que no cumple lo que puede dar una muerte o complicación maternal por una deficiente vigilancia del trabajo del parto. En la mayoría de los criterios según la guía de monitoreo se cumple con más del 90 % del llenado adecuado y se logra establecer de forma precisa las principales debilidades en el llenado de los datos:

No hay interpretación adecuada de la curva real con respecto a la curva de alerta, no hay interpretación adecuada de la FCF.

No se interpretan las variaciones de las contracciones uterinas, no se grafica de forma adecuada la ruptura espontánea y/o artificial de las membranas, no se grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta, no se interpreta adecuadamente la información del partograma, no se utilizan adecuadamente las Casillas de observación a,b,c,d, donde se evidencia la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas. (11)

En el año 2014, los Dres. Logo y Montoya realizaron el estudio sobre la calidad del llenado e interpretación del partograma y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo Enero-Marzo del 2014, con el fin de obtener datos reales que sirvan para brindar una atención con calidad y calidez durante la vigilancia del trabajo de parto.

El diseño fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en el cual se revisaron 121 expedientes de un universo de 702 nacimientos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos en el documento. En donde se obtuvieron los siguientes resultados:

La mayoría de las mujeres en estudio pertenecían al grupo de edad menor de 19 años de edad, con escolaridad de secundaria y con estado civil acompañada. En relación a los principales antecedentes obstétricos, el mayor de los porcentajes eran Primigestas,

nulíparas, sin ningún aborto ni cesárea y con embarazos a término, sin ninguna patología asociada al embarazo, sin ninguna conducción del trabajo de parto con una duración menor de 4 horas en el turno de 7 am-3 pm, finalizando vía vaginal en un 93% y vía abdominal en un 7%, siendo atendidos en su mayoría por Residentes de la especialidad del segundo año. En más del 80% no hubo complicaciones maternas y en más del 90% ninguna complicación fetal. Del total de partogramas revisados cuidadosamente el 78.5% fue llenado satisfactoriamente. En relación a la interpretación del partograma, el 61.2% fue satisfactorio. Se encontró que en cuanto al llenado e interpretación del partograma durante el estudio realizado de enero a marzo con la hoja de monitoreo emitida por el MINSA el 69.4% era satisfactoria. (4)

La mayoría de los estudios consultados coinciden en que el uso del Partograma no reduce la tasa de cesáreas, aunque si reduce la incidencia de la morbilidad materna y neonatal. La excepción a ello la representa la revisión de Cochrane del año 2009, en la que se indica que se requieren pruebas adicionales a partir de ensayos para establecer la eficacia del uso del Partograma. (4)

A nivel nacional son pocos los estudios sobre calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto.

En el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, donde es atendida la mayoría de nacimientos del departamento de Carazo y de Municipios de algunos departamentos vecinos, actualmente. No hay estudios que permitan Evaluar la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto.



#### IV. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo es la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015?

## **V. OBJETIVOS**

### **V.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015.

### **v.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Describir las características generales del grupo de las pacientes en estudio.
2. Describir las características Ginecoobstétricas del grupo de las pacientes en estudio.
3. Determinar la calidad del llenado de los datos del partograma del presente estudio.
4. Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma.
5. Evaluar el porcentaje de cumplimiento de los acápites de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes en estudio.

## VI. MARCO TEORICO.

### **Generalidades:** (7)

**Embarazo:** Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación.

El embarazo se clasifica como de Bajo y de Alto Riesgo.

**El embarazo de Bajo Riesgo:** Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.

**El embarazo de Alto Riesgo:** es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

En el presente protocolo se clasifica el tipo de atención prenatal que se realizará a cada embarazada como: Atención de Bajo Riesgo y Atención de Alto Riesgo.

**Esta clasificación se basa en** la identificación de factores utilizando el Formulario de Clasificación orientado por la OMS modificado, y la Historia Clínica Perinatal Base, acorde con la Medicina Basada en Evidencia.

### **Factores de Riesgo**

Para la clasificación del tipo de embarazo y aplicación de las conductas a seguir en las atenciones prenatales, se definen a continuación los tipos de factores de Riesgo (probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir) según su asociación con el daño que producen.

**Factores de Riesgo Potenciales:** Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño irecto, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño en base a las estadísticas disponibles es decir,

se conviertan en factores de riesgo Real:

**Factores de Riesgo Reales:** Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son algunas patologías específicas relacionadas con la gestación múltiple, preeclampsia, diabetes, anemia, etc.

### Factores de riesgos potenciales

Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)

- Analfabeta
- Soltera
- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares
- Paridad (nuli o multiparidad)
- Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses)
- Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes, físicos-químicos-biológicos, stress)
- Violencia en el embarazo

### Preconcepcionales

- Diabetes. Hipertensión arterial. Tuberculosis.
- Neuropatías.
- Cardiopatías.
- Hepatopatías.
- Endocrinopatías.
- Trastornos psiquiátricos
- Infecciones de transmisión sexual/VIH- SIDA.
- Otras patologías ginecológicas (cirugías pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico).
- Várices en miembros inferiores Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción.
- Factor Rh (-).

## Del Embarazo

- Hiperemesis gravídica no controlable.
- Antecedentes de Aborto diferido y muerte fetal anteparto.
- Anemia.
- Infección de Vías Urinarias.
- Poca o excesiva ganancia de peso.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Hemorragia
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Rotura Prematura de Membranas.
- Enfermedades endémicas y embarazo. Psicopatologías
- Persona que Vive con el Virus del Sida (PVVS).
- Rotura Prematura de Membranas.
- Infección ovular.
- Presentación Pélvica y Situación transversas después de 36 semanas. RH negativo sensibilizado.
- Embarazo Prolongado
- Diabetes en el Embarazo
- Cesárea anterior.
- Adolescentes con riesgos activos.
- Macrosomía Fetal
- Alcoholismo y drogadicción

## Protocolo de atención del parto normal <sup>(7)</sup>

La salud materna se desarrolla dentro de la estrategia de atención primaria en salud, permite priorizar el desarrollo de acciones y servicios de promoción, prevención y protección que contribuye al fortalecimiento de conductas saludables.

Para la Atención calificada del parto se garantiza que todas las personas que atienden el parto tengan los conocimientos, aptitudes, el equipo y tecnología necesaria (Partograma) para realizarlo en una forma limpia y segura y que a su vez tengan los medios para referir de forma oportuna si se presenta una complicación obstétrica

Los cuidados obstétricos esenciales son una estrategia de atención y organización de los servicios para la atención de las complicaciones obstétricas que contribuyen a disminuir la mortalidad materna y perinatal. Para Garantizar los

cuidados obstétricos se requiere contar además de los insumos y la organización de la atención por niveles, con la competencia de los recursos humanos para la atención.

En el año 2007 se observó que la mortalidad materna se presenta con un 22% en el embarazo, 23% en el parto y con un 57% en el puerperio. La distribución por causas, mostró un 59% como obstétrica directa, 26% obstétricas indirectas y 15% por causas no obstétricas.

La principal causa de muerte obstétrica directa sigue siendo la Hemorragia, segunda causa de muerte la Hipertensión Gestacional y la tercera la Sepsis Puerperal.

El Ministerio de Salud, a la vez que garantiza la vigilancia de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, diseñó el presente Protocolo de Atención al Parto, con el propósito de estandarizar la atención y mejorar la calidad en su entrega a la población nicaragüense.

**Definición de Parto:** Parto es la expulsión de un feto vivo o muerto y sus anexos. En condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo.

## Factores de riesgos

### Antecedentes personales

- Edad materna (< 20 años y > 35 años).
- Talla baja (< 1.50 cm).
- Multiparidad (> 4 hijos).
- Periodo intergenésico corto (Menor de 24 meses).
- Factores del embarazo actual: Rh(-), PVVS, RPR positivo.
- Patologías del embarazo (anemia, post-término).
- Poco o excesiva ganancia de peso durante el embarazo.

## **Situaciones relacionadas al parto**

- Cambios en la intensidad de las contracciones uterinas (Hipertonía, Atonía uterina).
- Cambios en la frecuencia de las contracciones uterinas (Polisistolia, oligosistolia).
- Estado Psíquico de la parturienta.
- Alteraciones en el Borramiento y dilatación del cuello
- Variaciones de la frecuencia cardiaca fetal durante el parto (Dips I, Dips II, Sufrimiento Fetal Agudo).
- Trabajo de Parto detenido.
- Ruptura Prematura de Membranas.
- Corioamnioitis.
- Coagulación Intravascular Diseminada.
- Sospecha clínica de DCP.
- Desviación de la curva real del Partograma.

## **Clasificación del parto:**

### **a) Por la edad gestacional**

- Pretérmino: Parto que ocurre entre las 22 y 36 semanas de amenorrea. Clínicamente en este rango se encuentra el parto inmaduro (22 a 27 semanas) y el parto prematuro: (28 a 36 semanas cumplidas).
- A Término: 37 a 41 semanas cumplidas.
- Postérmino: 42 semanas en adelante.

**b) Por la intervención o no de agentes externos**

- Espontáneo (sin intervención).
- Provocado o Inducido (con intervención).

**c) Por la evolución fisiológica**

- Normal o Eutócico.
- Distócico (hay alteración contráctil o del mecanismo del parto).

**d) Por la presentación del feto**

- Cefálico (vértice, cara y frente).
- Pélvico (franco de nalgas).
- Incompleto o completo (de nalgas).

**e) Por la vía del nacimiento**

- Vaginal (espontáneo o instrumental-fórceps, vacuum extractor).
- Abdominal (cesárea).

**f) Por el número de fetos**

- ❖ Único.
- ❖ Múltiple.

Las acciones para la atención están encaminadas a determinar la evolución del trabajo de parto e incluye las siguientes acciones que se deberán realizar:

**1. Confirmación del trabajo de Parto**



2. Identificación de la posición y presentación del feto
3. Evaluación del encajamiento y descenso del feto

## **Confirmación del Trabajo de Parto**

### **Pródromos de trabajo de parto**

Cuello uterino no dilatado, no borrado, contracciones uterinas irregulares.

### **Inicio del trabajo de parto**

**En Nulíparas:** Borramiento del 100% y Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40- 45 segundos de duración.

**En Multíparas:** Borramiento del 50%, Dilatación de 3-4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración.

## **Trabajo de Parto**

Borramiento: 50-100%, dilatación: 4-10 cm, (cuello uterino se dilata 1 cm por hora), contracciones uterinas regulares, comienza descenso fetal.

## **Identificación de la Posición y presentación fetal**

En este primer momento se debe de identificación de la posición, presentación y variedad de posición.

### **Posición**

Mediante la realización de las Maniobras de Leopold por palpación abdominal se realiza el diagnóstico de la posición del feto en el útero, ésta es la relación que guarda el punto guía con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna, son dos las posiciones: derecha e izquierda.

## **Presentación**

La presentación es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior, ocupándolo en gran parte, y que puede evolucionar por sí misma dando lugar a un mecanismo de parto, son dos: cefálica y pelviana.

Otra característica de una presentación normal es una cabeza bien flexionada, con el occipucio más bajo en la vagina que el sincipucio.

El vértice de la cabeza fetal es la parte que se presenta más comúnmente. Use los puntos de referencia del cráneo fetal para determinar la variedad de posición de la cabeza del feto en relación con la pelvis de la madre (occipucio, bregma, frente y mentón). Si el vértice no es la parte que se presenta, maneje igual que si se tratara de una anomalía de presentación.

## **Variedad de Posición**

Esta es la posición que guarda el punto guía con la extremidad de los principales diámetro maternos. Se valorará por medio del examen ginecológico se evaluará la **variedad de posición**.

La mayor mortalidad se produce por presentaciones anómalas. Ej.: modalidad de cara, modalidad de frente, modalidad de Bregma, presentación pelviana, situación transversa, por lo que la conducta a seguir es la operación Cesárea.

## **Partograma:** <sup>(4)</sup>

### **Generalidades:**

Enmanuel Friedman (1954-1978) estudió cuidadosamente miles de mujeres con trabajo de parto normal y anormal mediante examen en serie del cérvix para definir la tasa esperada de avance y detectar patrones que puedan indicar un trabajo de parto irregular.

En su tratado a cerca del trabajo de parto Friedman afirmó “Que las características clínicas de las contracciones uterinas, es decir frecuencia, intensidad y duración, no

Pueden ser consideradas como indicadores confiables de la progresión ni de la normalidad del trabajo de parto. Salvo por la dilatación cervical y el descenso fetal, ninguno de los rasgos clínicos de la parturienta es útil para evaluar la progresión del trabajo de parto”. La curva de dilatación cervical observada durante un trabajo de parto normal presenta una configuración sigmoidea.

Existen más de doscientos tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido adoptado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud; estos últimos a través del Programa para una Maternidad Segura y para crear el modelo de la OMS de aplicación en países en vías de desarrollo.

Aunque el proceso de nacer es fisiológico, no está exento de riesgos tanto para la madre como para el feto, debido a circunstancias particulares que deben ser identificadas antes del inicio del trabajo del parto.

El médico debe garantizar con su juicio clínico que el parto vaginal es factible, y por lo tanto se puede conducir un trabajo de parto, para lo cual se deben cumplir las siguientes condiciones:

Identificar el trabajo del parto activo, es decir, la presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento y dilatación del cuello uterino, y descenso de la cabeza fetal a través de la pelvis ósea.

Realizar en cada evaluación clínica la verificación de los requisitos para el éxito del parto, que incluye:

Verificar la actividad contráctil: Identificar la frecuencia optima de las contracciones uterinas (mínimo tres en 10 minutos), la intensidad adecuada (40 mm de HG o más, que equivale a sentir el útero bien firme), y la duración mínima (endurecimiento del

útero durante mínimo 35 y hasta 60 segundos), necesarios para garantizar el progreso del trabajo de parto.

Evaluar la Pelvis o “Continente del parto”: En la primera consulta de ingreso al trabajo de parto, el médico debe considerar la capacidad pélvica con relación al feto que ha de nacer. Evaluar la actitud corporal de la gestante y la estatura ayuda en la apreciación clínica de la pelvis, pero es el feto en el progreso del trabajo de parto el que va a determinar si la pelvis es adecuada. Deben identificarse los antecedentes perinatales,

Como parto difícil, trauma perinatal e intervención quirúrgica intraparto, entre otros. La evaluación de la pelvis debe dirigirse a palpar las prominencias óseas que limitan el canal del parto, como el ángulo subpúbico, las espinas ciáticas, el promontorio y la posición del sacro.

Considerar los tejidos blandos maternos o circunstancias del continente: Conjuntamente con la evaluación de las estructuras óseas, deben valorarse los tejidos blandos del canal del parto y de la pelvis. Es útil considerar las modificaciones del canal cervical como producto de la actividad contráctil, así como tener en cuenta los antecedentes médicos y quirúrgicos que pueden influir en la respuesta del cérvix.

Evaluar las características fetales o “contenido del parto”: Es el feto con sus particularidades quien finalmente determina la capacidad pélvica. Se deben evaluar los resultados perinatales previos con el fin de valorar indirectamente la capacidad pélvica.

El feto vivo asume una actitud funcional que es favorable para el descenso a través de la pelvis, exponiendo los menores diámetros cefálicos a las menores dimensiones pélvicas.

Por esto, es necesario, en cada evaluación clínica de la gestante, tener en cuenta la evaluación del feto con sus características en relación con la dinámica uterina y el canal del parto. Al final de la dilatación se espera el descenso de la cabeza fetal por el canal pélvico.

Evaluación fetal del ambiente intrauterino: El feto vivo es la razón fundamental de la vigilancia del trabajo de parto. Las consideraciones descritas están dirigidas a garantizar el progreso del parto sin dificultad, como un proceso funcional y con mínimo riesgo. En el inicio de trabajo de parto se deben verificar las condiciones maternas y fetales que ponen en riesgo la salud del feto en el ambiente intrauterino y en relación con la actividad contráctil del útero.

Se recomienda realizar el registro electrónico en papel (NST o CST) antes de iniciar el trabajo de parto y de la progresión del mismo, verificar la presencia de signos indirectos de sufrimiento fetal como meconio en el líquido amniótico, disminución de movimientos fetales y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal. Además el registro gráfico de la historia del trabajo de parto (Partograma) con sus novedades es la mejor herramienta para garantizar un resultado materno y perinatal óptimo.

**Definición:**

Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.

**Objetivos del partograma:**

Disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto.

Proveer al personal médico y parteras de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.

Prevenir y/o diagnosticar el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.

Reducir el índice de cesáreas y las asfixias al nacer, así como sus secuelas.

**Ventajas del partograma:**

- Disminuye la morbilidad y mortalidad materna perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados.
- Garantiza un seguimiento con alta calidad.
- Evita la prolongación del trabajo de parto y sus consecuencias.
- Es capaz de explicar los altos índices de cesáreas en algunos hospitales.
- En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
- Facilita archivar y computar los datos.
- Constituye un método de lenguaje universal.
- Es económico y asequible.

**Clínica del parto o partograma:**

La descripción de la dilatación cervical y del descenso fetal se ha realizado en poblaciones numerosas de mujeres en trabajo de parto y han sido graficadas con el objetivo de facilitar la vigilancia del trabajo de parto. Se reconoce que el tiempo de dilatación cervical desde el inicio de su fase activa (4 cm de dilatación) hasta la dilatación completa (10cm) ocurre en el 90% de las mujeres multíparas en 2,4 horas o menos y en la nulípara en 4,6 horas o menos. El descenso de la cabeza fetal suele ocurrir una vez que la dilatación cervical alcanza el 80% es decir los 8 cm.

Friedman (1955,1967) describió las diferentes etapas del trabajo de parto, considerando tres etapas: la primera o fase latente, es decir cuando comienza la modificación del cuello hasta los 3-4 cm de dilatación, puede dilatar de 18 a 24 horas; seguida de la fase activa que comienza en 3-4 cm, con óptima actividad contráctil y que conduce al descenso de la cabeza hacia el estrecho inferior de la pelvis; y la última

etapa o expulsivo, cuando se completa el descenso de la cabeza fetal hasta el introito vulvar y ocurre el nacimiento del feto.

Con base a esta información, Philpott (1972) y Studd (1973) propusieron la graficación de la etapa activa del trabajo de parto como una herramienta clínica para la vigilancia del trabajo del parto, llamado Partograma.

El centro latinoamericano de Perinatología (CLAP) presenta la historia clínica del trabajo del parto con los mismos elementos del trabajo de Philpott y Studd, pero con la aplicación de patrones temporales de dilatación cervical con relación a variables que influyen en el progreso del trabajo de parto (Schwarz y colaboradores, publicación científica de CLAP No 1153.1987). El comportamiento de la dilatación de una paciente en particular, se grafica con referencia a una “línea de alerta”.

La línea de alerta se define como el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir el 90 % de las mujeres han tenido su parto antes del tiempo estipulado por la línea de alerta o en contraposición, solo el 10% de las mujeres demorarán mas del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento. Cuando la curva de dilatación de la gestante cruza a la derecha la línea de alerta o p90, significa que se está alejando del comportamiento normal y es necesario reevaluar los requisitos para el trabajo de parto exitoso.

Este momento es importante para corregir las potenciales alteraciones del proceso normal y tomar conductas médicas validadas como la aplicación de analgesia epidural, el esfuerzo de la actividad uterina oxitócicos, la realización de una ruptura artificial de membranas o la mejoría de las condiciones clínicas maternas y fetales. De lo contrario, permitir que la curva de dilatación cervical continúe avanzando en el tiempo hacia la derecha y sin progreso, es omitir el concepto de vigilancia materna y fetal, y permitir la aparición de riesgos y complicaciones.

El Partograma del CLAP ofrece algunas ventajas adicionales sobre las curvas clásicas de Studd y Philpott, tales como:

Permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente, como la nuliparidad o la multiparidad, la integridad o no de las membranas ovulares y la posición materna durante el trabajo de parto.

Ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la ovulación del trabajo del parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, las características del líquido amniótico, los cambios de la posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades.

Presenta una tabla independiente para el registro de las características clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor.

Es dinámico y fácil de elaborar, de tal forma que cualquier miembro de la institución, sin ser el médico tratante, pueda evaluar la evolución de la curva de dilatación y llamar la atención cuando la curva se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa.

### **Uso del partograma**

Con la paciente ingresada a sala de Labor Iniciar el llenado del Partograma con Curva de Alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado Trabajo de Parto.

Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia.

Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del Partograma, para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante el periodo previo a la fase activa del trabajo del parto como durante este. Debe escribirse a la hora de evaluación en cada columna, y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la “a” hasta la “p”. Las horas de cada columna de esta tabla no tienen



concordancia estricta con las horas consignadas en la tabla del Partograma, pues cada que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal.

Esta parte del Partograma debe ser diligenciada cada que se evalúe la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico profesional de enfermería ó auxiliar de enfermería). En la parte inferior izquierda del Partograma, se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del Partograma.

Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, y la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardíaca fetal, y la posición materna durante el trabajo de parto.

Estas convenciones se emplean para diligenciar las tablas de evaluación clínica, de dilatación y de descenso.

En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal. La gráfica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 3-4 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas.

En el borde inferior de la tabla están las “horas de registro” del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos. Inmediatamente debajo de la línea de “horas de registro” están las casillas para registrar la “hora real”, es decir la hora en que se inicia la curva de dilatación cervical, y las siguientes horas hasta el parto. Las “horas reales” de evaluación de la dilatación cervical usualmente no coinciden con las de evaluación clínica. Si se considera necesario relacionar la evaluación clínica con la de dilatación, se escribe la letra que aparece en la tabla de evaluación clínica correspondiente en el cajón respectivo de la “hora real”.

El Partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta.

Para construir la “curva de alerta” se determina el punto de partida sobre la línea de base”, luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta. Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la paciente durante el trabajo de parto y el estado de las membranas. Si la paciente es multipara, tiene las membranas íntegras, y esta acostada, los tiempos a utilizar para construir la curva de alerta son los que corresponden a estas características. Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar en un centímetro a otro.

Para construir la curva de alerta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

Si la paciente ingresa en 5 cm de dilatación, iniciar la curva de alerta en la línea de base.

Si la paciente ingresa en 6 cm de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El siguiente ejemplo muestra cómo se construyen las curvas de alerta para una paciente multipara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm.

Si se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 cm de dilatación) se debe trazar una línea recta que una los puntos de dilatación por debajo de la línea de base y la siguiente que esté por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base. La línea continua muestra la curva de dilatación cervical de la paciente y la curva discontinua muestra la curva de alerta. Se trata de una paciente nulípara con membranas íntegras.

**Llenado del partograma:****Datos Generales**

Anotar nombre y apellido de la embarazada, fecha de ingreso y de inicio del Partograma y número de historia clínica.

**Sector Central**

Este sector está destinado al registro de:

Dilatación cervical.

Planos de Hodge.

Estado en que se encuentran las membranas ovulares.

Frecuencia cardíaca fetal.

Contractilidad uterina.

**Gráfica de Dilatación Cervical**

En el eje izquierdo de las ordenadas se encuentra una escala para graficar la dilatación cervical, desde 0 cm hasta el parto; en el eje de las abscisas se encuentra una escala horaria de 0 a 14 horas, por debajo de ellas se encuentran casillas para anotar la hora real correspondiente a cada observación. El valor hallado en el primer tacto vaginal se anotará con un punto en la intersección de la abscisa (hora de observación), con la ordenada (dilatación cervical en cm). De igual manera se seguirán anotando sucesivamente los siguientes exámenes obstétricos hasta completar el parto. La unión de cada punto con el precedente mediante una línea permitirá dibujar la curva de dilatación para un caso determinado según la evolución.

**Altura de la Presentación**

En el eje derecho de las ordenadas de la cuadrícula central, está consignada la altura de la presentación. Esta se graficará según los planos de Hodge o de Lee. Si además

se pudo diagnosticar la variedad de posición, este símbolo se completará según corresponda.

### **Planos de Hodge**

**I Plano:** Toma el borde superior de la sínfisis del pubis y llega al promontorio.

**II Plano:** Pasa por el borde inferior de la sínfisis del pubis y cae por detrás en la parte media de la segunda vértebra sacra.

**III Plano:** Pasa por las espinas ciáticas y llega por detrás a la articulación entre la cuarta y quinta vértebra sacra.

**IV Plano:** Pasa por la punta del cóccix.

### **Variedad de Posición**

En la intersección del plano encontrado y la hora del examen se dibujará el símbolo de la cabeza con el occipital orientada hacia la variedad de posición.

### **Estado de las Membranas Ovulares**

Al ingreso se constatará el estado de las membranas ovulares en cuanto a su integridad.

Si están rotas, se anotarán en observaciones de la cuadrícula inferior. Si se rompe en algún momento del trabajo del parto se anotará, al lado del punto con el que se registra la dilatación cervical, con la sigla que corresponda para la rotura espontánea de las membranas (REM) y para la rotura artificial de las membranas (RAM).

### **Sector Inferior**

Este sector está destinado al registro horario de:

**Posición Materna:** La adoptada predominantemente en el periodo considerado.

Decúbito Lateral Derecho.....LD

Decúbito Lateral Izquierdo.....LI

Decúbito Dorsal.....D

Semi Sentada.....SS

Sentada.....S

Parada o Caminando.....PC

**Tensión Arterial:** En mm Hg la máxima y la mínima fuera de la contracción.

**Pulso Materno:** En latidos por minuto fuera de la contracción.

**Frecuencia Cardíaca Fetal:** En latidos por minutos fuera de la contracción. el cual se representa por un cuadrito en el tiempo real correspondiente, tomando como valores de referencia para graficar, los que se encuentran en la parte derecha del Partograma. En el Partograma se pueden graficar FCF que van desde 90 por minuto, hasta 200 por minuto. La frecuencia cardíaca fetal se debe tomar de la siguiente manera:

**La Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)** debe de medirse entre contracciones (período de relajación). Tome la FCF por un minuto completo y durante 15 segundos multiplicado por 4, para la búsqueda de dips tipo II, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa (a partir de los 4-5 cms, de dilatación) y durante cada 5 minutos durante el segundo periodo (periodo expulsivo), cuando se investiga el dips II, éste debe considerarse positivo cuando una caída transitoria de la FCF con respecto a la basal tenga una amplitud mayor de 15 latidos por minuto. Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min., la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos; si hay bradicardia (FCF menor de 120) o taquicardia (FCF mayor de 160) en período de rebajamiento sospeche sufrimiento fetal. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables que se pueden auscultar e identificar durante las contracciones uterinas.

**Duración Contracciones:** en segundos desde que se percibe por palpación el endurecimiento del útero hasta su aflojamiento. Si bien en el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++).

**Frecuencia contracciones:** Número de contracciones en 10 minutos. Si bien en el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++) , variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que deben derivar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta.

**Dolor:** marcar el lugar y la intensidad del dolor con los siguientes símbolos:

**Localización:**

Región supra pública (SP)

Región Sacra (S)

**Intensidad del dolor:**

Fuerte (+++)

Moderado (++)

Débil (+)

No lo percibe (-)

**Otros Datos**

Se registrarán además las drogas administradas, vías y dosis, así como cualquier otro dato de relevancia no consignado anteriormente. Estas anotaciones se efectuarán en la hoja de observaciones precedidas por la letra que figura en el casillero correspondiente a la hora.

## **Curvas de Alerta para la Dilatación Cervical**

Se trata de un sistema de vigilancia tanto para la prevención del parto prolongado como para la prevención de intervenciones no siempre oportunas como la estimulación con oxitocina o la operación cesáreas.

Es uno de los instrumentos indispensables para evaluar la calidad de la atención del parto a la vez que resulta una herramienta práctica para vigilar el progreso del parto en un caso individual.

Las curvas de alerta marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, que incluye el 90% de la totalidad de los partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que al traspasar este límite, estén mostrando un enlentecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Bridan, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia oportuna del caso.

### **Procedimiento para Graficar la Dilatación Cervical y la Curva de Alerta.**

Los datos para construir la curva patrón de alerta fueron obtenidos desde 4-5cms de dilatación cervical (primer punto confiable de partida para la medida por el tacto). Por ello,

la curva que se elija para cada trabajo de parto se trazará a partir de que el mismo haya alcanzado o superado los 4-5cms de dilatación cervical (Línea de base).

La curva de alerta se comienza a trazar cuando la curva de dilatación cruza la línea de base. Este punto de intersección entre ambas curvas será el punto de partida de la curva de alerta. El observador, a partir de este momento, puede elegir de la tabla impresa en el Partograma los valores correspondientes a las situaciones obstétricas de acuerdo a las características de la paciente.

Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeja al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que ésta es cruzada por la curva de dilatación del caso, se marcarán los valores del patrón elegido.

### **Condiciones cambiantes durante el Trabajo de Parto.**

Si varían las condiciones de ingresos durante el transcurso del trabajo de parto se deberá actualizar la curva de alerta inicialmente trazada.

Los cambios de patrones en la curva de alerta deben graficarse en el Partograma: De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas. Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, de pie, sentada) a horizontal (acostada), o bien que se rompan las membranas; inmediatamente con la nueva valoración se debe cambiar el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva correspondiente, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta previa.



## GRÁFICOS

PARTOGRAMA - CLAP-OPS/OMS	NOMBRE Y APELLIDO			dia mes año			Nº DE HISTORIA CLÍNICA									

Gráfico 1. Identificación de la historia clínica del trabajo de parto, "partograma"

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICION MATERNA																
TENSION ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDIACA FETAL																
DURACION CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR Localiz./intens.																

Gráfico 2. vigilancia clínica del trabajo de parto

REFERENCIAS	PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICION	
	DILATACION CERVICAL	
	ROTURA ESPONTANEA MEMB.	(REM)
	ROTURA ARTIFICIAL MEMB.	(RAM)
	INTENSIDAD	LOCALIZACION
	Fuerte +++ Normal ++ Débil +	Suprapúbico SP Sacro S
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	Dips tipo I (Desceleración precoz)	I
	Dips tipo II (Desceleración tardía)	II
	Dips variables (Desceleración variable)	V
	Meconio	M
	POSICION MATERNA	
	Lat. derecho LD Lat. izquierdo LI Dorsal D Semisentada SS Sentada S Parada o caminando PC	

Gráfico 3. Convenciones para diligenciar el partograma.

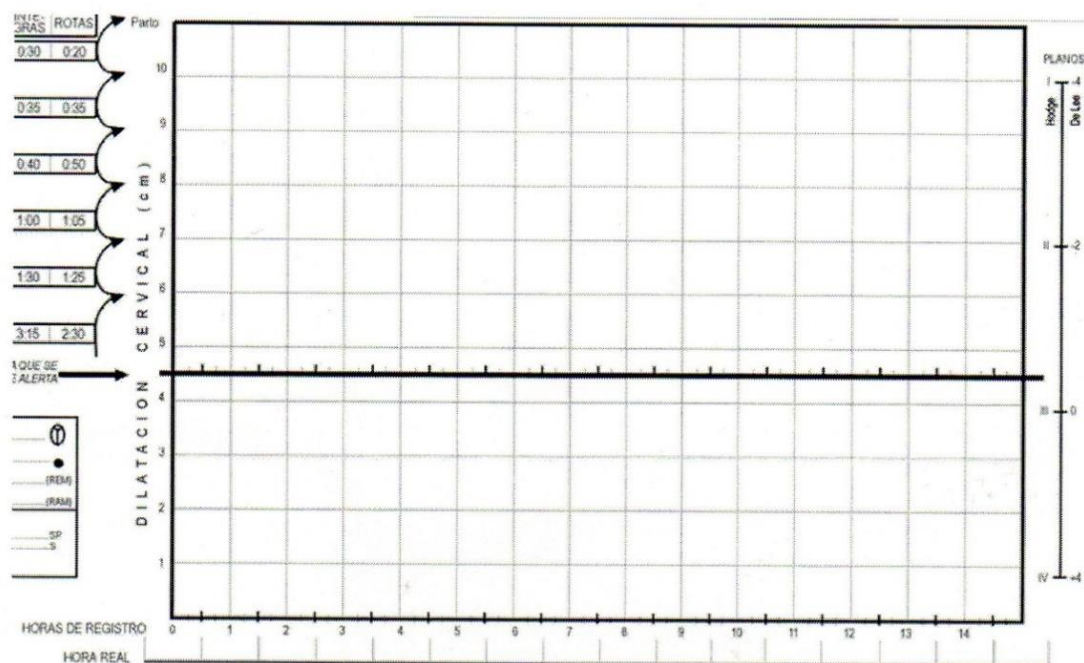


Gráfico 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

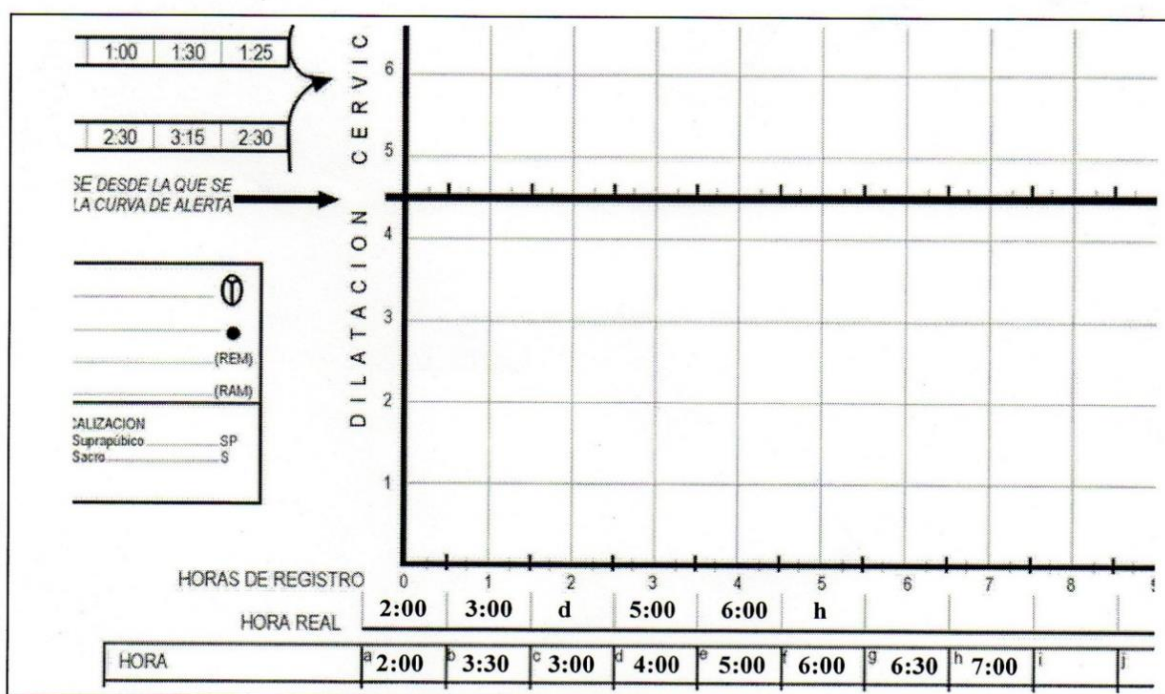
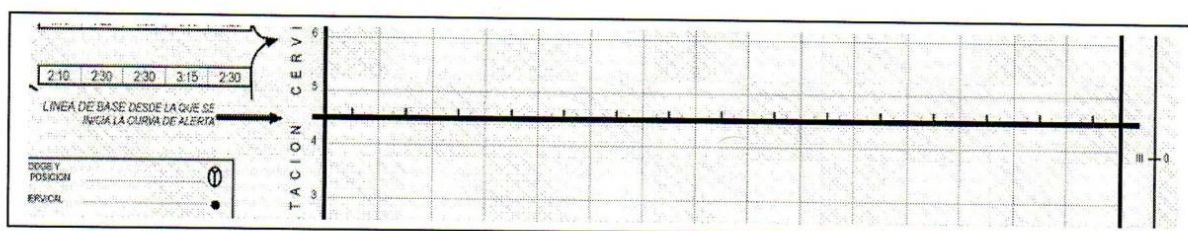


Gráfico 5. Horas de evaluación clínica y del registro gráfico del partograma



Grafica 6. Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma.

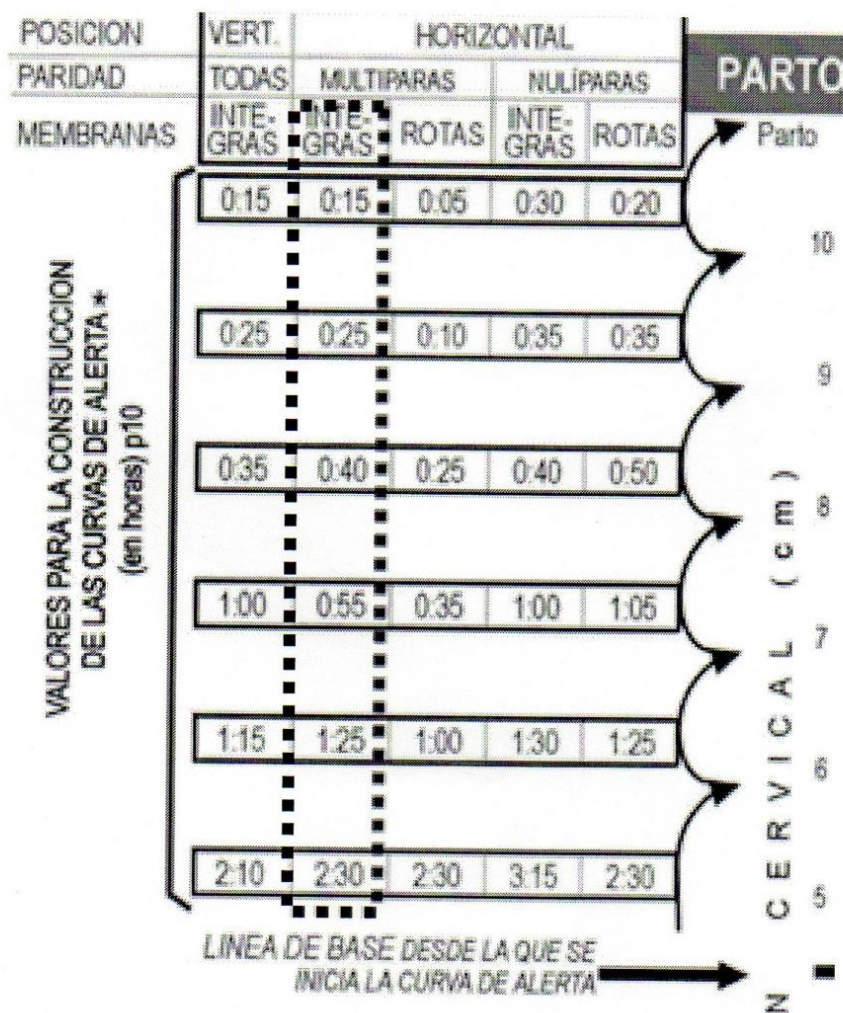


Grafico 7. Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alarma.



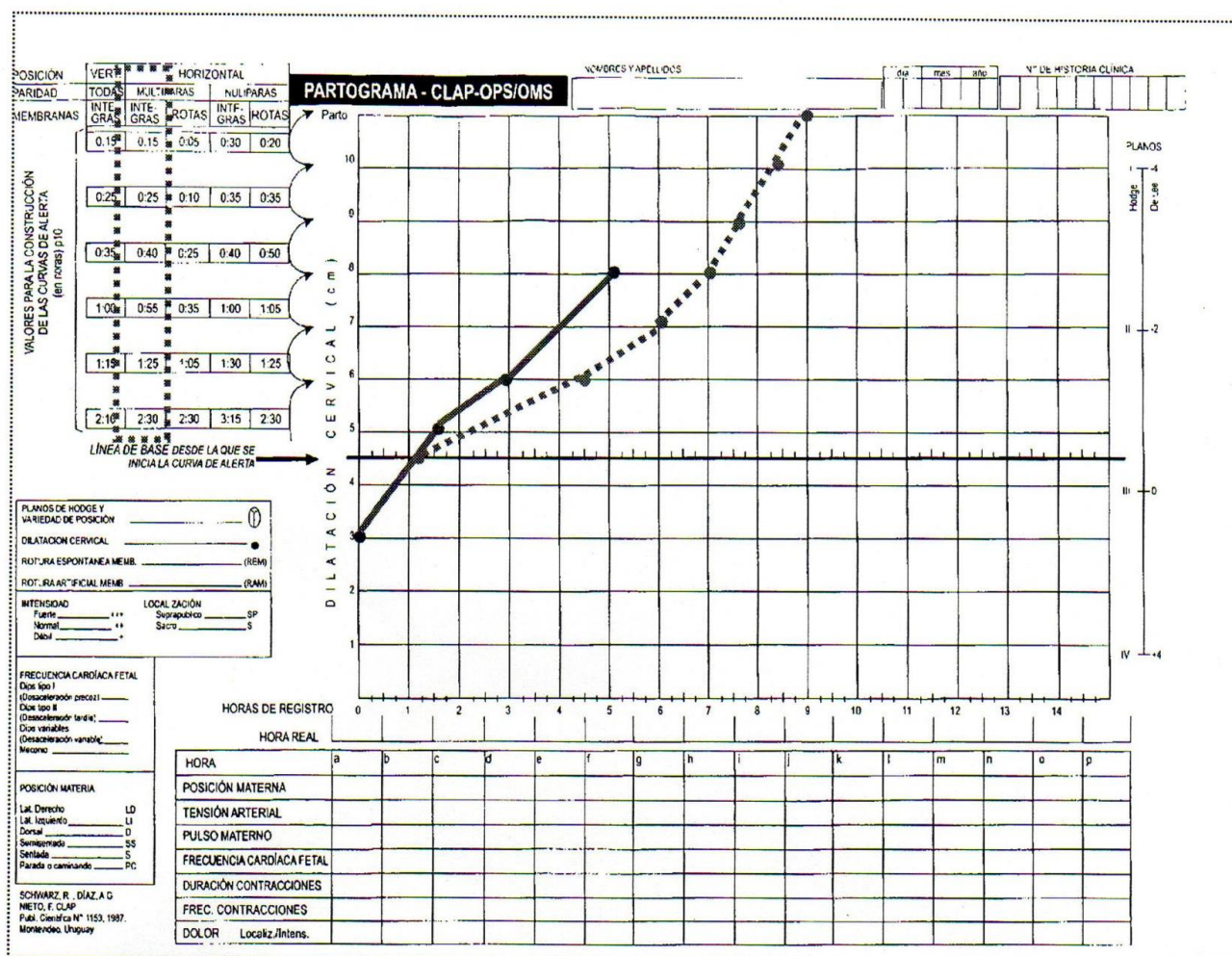


Gráfico 9. Construcción de la curva de alerta en los casos donde se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base.

## REPÚBLICA DE NICARAGUA

MINISTERIO DE SALUD<sup>(7)</sup>

## HOJA DE MONITOREO PARA EL PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA

SILAIS: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud: \_\_\_\_\_ Monitor/Supervisor: \_\_\_\_\_

# Partogramas Revisados: \_\_\_\_\_ Periodo Monitoreado: \_\_\_\_\_ Total Partos \_\_\_\_\_

Atendidos en el Periodo: \_\_\_\_\_

Porcentaje de Partos Atendidos a los cuales se les realizó Partograma: \_\_\_\_\_

**Partograma:** Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar **0**. Registrar NA (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable.

El promedio del partograma se obtiene de dividir el total Criterios Cumplidos entre el total de Criterios Aplicables multiplicado por 100. El Promedio Global se obtiene de dividir el total de Partogramas que Obtuvieron un Promedio de 90 entre el total de Partogramas Monitoreados multiplicado por 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

	Numero de Expediente																							
No	Criterio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	PROM	
1	llena adecuadamente los datos Generales de identificación de la paciente.																							
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.																							
3	Selección adecuada del Patrón de Construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).																							
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.																							
5	Grafica adecuadamente la curva de alerta.																							
6	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.																							
7	Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.																							
8	Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.																							
9	Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.																							

10	Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.																			
11	Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas.																			
12	Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.																			
13	Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).																			
14	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).																			
15	Llena adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión Arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).																			
16	Interpreta adecuadamente ésta información																			
17	Utiliza adecuadamente las Casillas de Observaciones (a, b, c), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc.																			
	<b>Promedio por Partograma</b>																			
	<b>Promedio global::</b>																			

OBSERVACIONES (Limitantes encontradas, Acuerdos, Compromisos, etc.):

---



---



---



---



---



---



---



---

## INSTRUCCIONES PARA EL MONITOREO DEL PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA SEGÚN EL MINSA <sup>(7)</sup>

**Partograma:** Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar **0**. Registrar **NA** (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable.

El promedio del partograma se obtiene de dividir el total Criterios Cumplidos entre el total de Criterios Aplicables multiplicado por 100. El Promedio Global se obtiene de dividir el total de Partogramas que Obtuvieron un Promedio de 90 entre el total de Partogramas Monitoreados multiplicado por 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

### **1-Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta:**

Se considera que los datos generales están adecuadamente llenados, cuando en el partograma se registran los nombres y apellidos de la usuaria y la fecha de atención.

**2-Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma:** A toda embarazada con contracciones uterinas dolorosas de al menos 40 segundos de duración, de intensidad normal y con al menos 3 cms de dilatación (Trabajo de Parto), captada en sala de emergencias o en salas de hospitalización, deberá iniciársele la elaboración del partograma. No confundir con el inicio de la elaboración de la curva de alerta, la cual debe elaborarse cuando la dilatación cervical es de al menos 4.5 cms.

**3-Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta:** Se refiere a si el recurso de salud seleccionó de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular de cualquiera de las 5 variantes: **Vertical:** Todas con membranas íntegras, no importando la paridad. **Horizontal:** en donde hay

2 categorías **Múltiparas y Nulíparas**; cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas.

Este patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada.

**4-Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento:** En los casos en donde se produjo parto vaginal, la curva real (línea continua) debe dibujarse hasta la línea superior del partograma que dice **PARTO**. En los casos en donde se indicó y realizó cesárea, la curva real deberá dibujarse hasta la dilatación correspondiente al momento en donde se indicó la cirugía.

**5-Grafica adecuadamente la Curva de Alerta:** La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la Curva Real se intersecta con la Línea de Base (la línea de base es una línea continua impresa en el partograma que se encuentra entre los 4 y 5 cms de dilatación cervical). En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal, es decir: 4.5 cms, 5 cms, 6 cms, 7 cms, 8 cms, 9 cms, 10 cms. Si llega en período expulsivo y el parto es inminente puede realizarse posterior al nacimiento.

**6-Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta:** Recordemos que la Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Prolongado). Tampoco es normal que la Curva Real sea vertical y que se aleje demasiado de la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Intempestivo o Parto Precipitado por hiperdinamia uterina inducida o espontánea), lo cual también trae serias complicaciones al binomio.

**7-Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge:** Debe graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV. En Nicaragua prácticamente no utilizamos los Planos de De Lee. Tómese en cuenta que



si la presentación fue graficada adecuadamente basado en un examen confiable, lo lógico es que en el avance del trabajo de parto se registre un descenso de la cabeza fetal, pero nunca un ascenso.

**8-Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación:** Las variedades de posición de la presentación de vértice, en orden de frecuencia, son como siguen: OIA, ODP, ODA, OIP. Menos frecuentes son las variedades transversas y Occipito Sacras (OS). Al momento del expulsivo, la mayoría de estas presentaciones como parte de la rotación interna de la cabeza fetal se convierten en Occipito Púlicas (OP).

**9-Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF):** El partograma nos permite graficar FCF desde un mínimo de 90 por min, hasta un máximo de 200 por min.

**10- Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal:** La Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) debe de medirse entre contracciones (período de relajación). Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min, la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables. En los casos en que no se requiera una interpretación de la FCF porque todo transcurre normal, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros.

**11-Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas:** Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos.

**12-Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas:** En el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++). Variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que deben derivar en

acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta. En los casos en que no se requiera una interpretación de las contracciones uterinas porque todo transcurre normal, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No.10).

**13-Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM):** Debe graficarse la Rotura de Membranas ya sea esta espontánea (REM), o artificial (RAM) al lado del punto graficado de la dilatación correspondiente que se registra en la curva real. En los casos en que no haya REM o RAM, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No.12)

**14-Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas):** Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, sentada) a horizontal (acostada), o bien que se rompan las membranas; inmediatamente con la nueva valoración se cambia el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva correspondiente, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta anterior. En los casos en que no se haya requerido hacer cambio de patrón en la curva de alerta, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12, o entre 13 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 13).

**15-Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas:** Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, duración de contracciones, dolor (localización, intensidad).

**16-Interpreta adecuadamente ésta información complementaria:** No sólo basta registrar correctamente la información en las casillas complementarias. Variaciones que están fuera de lo normal, deben originar comentarios que lleven a decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia. En los casos en que no se haya requerido hacer interpretación de la información complementaria, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12, o entre 13 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No.13, o entre 12 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 14).

**17-Observaciones:** Las casillas a, b, c, d,...o, deben marcarse con una X según corresponda al tiempo real en que se realiza la valoración, e indica que en una hoja en blanco adicional se encuentra un comentario que registra los hallazgos (de riesgo o anormales), que se traducen en decisiones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la usuaria. No basta con solo marcar con X la/s casilla/s.

Al final, haga un promedio (vertical) de cada partograma, dividiendo el número de parámetros que fueron cumplidos (marcados con X) entre 17 que es el total de parámetros que se monitorean en cada partograma o entre el número de parámetros a valorar excluyendo los NA. Horizontalmente podemos también sacar un promedio por parámetro, dividiendo el total de cumplidos (marcados con X) entre el total de partogramas monitoreados. Esto nos permite focalizarnos en los ítems en que necesitamos reforzar la capacitación de miembros de personal de salud.

## VII. MATERIAL Y METODO

- **Tipo de estudio:** El presente estudio es Observacional, Descriptivo y de corte Transversal.
- **Área de estudio:** El estudio se llevó a cabo en el servicio de Labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015.
- **Universo:** Estuvo constituida por 500 pacientes atendidas en el servicio de Labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015, que cumplieron todos los criterios de inclusión y exclusión del estudio en la unidad de análisis.
- **Muestra:** Estuvo constituida por el 20% del universo de los expedientes clínicos, partogramas revisados y partos atendidos en el servicio de Labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015. La muestra fue de 100 expedientes clínicos y partogramas revisados.
- **Tipo de muestreo:** No probabilístico por conveniencia.
- **Unidad de análisis:** Todos los expedientes clínicos y partogramas revisados
- **Criterios de Inclusión:**
  - Todos los embarazo a término.
  - Producto vivo.
  - Presentación cefálico.
- **Criterios de Exclusión:**
  - Embarazos pretérmino y postérmino.
  - Presentación Pélvica.
  - Expedientes incompletos

**Técnicas y procedimiento:** Para la realización de la investigación previamente se solicitó un permiso al director del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015 y posteriormente procedimos a revisar los expedientes clínicos de los partos atendidos en el servicio de Labor y parto excluyéndose los expedientes que no tengan registradas las variables de estudio completa.

### **Métodos e instrumento de recoger la información:**

**Instrumento de recoger la información:** Se elaboró un instrumento de recolección de la información, con los objetivos específicos y las variables a estudio, según la Hoja de monitoreo del partograma en curva de alerta del MINSA incluyendo los 17 criterios, fue aplicado por los diferentes investigadores de este estudio con el propósito de recolectar las respuestas del expediente clínico para Evaluar la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015.

**Fuente de recolección de información:** Las datos se colectaron de los expedientes clínicos completos del grupo de las pacientes en estudio, con su partograma completo, las personas responsables de la colecta de la información fueron los investigadores debidamente capacitados para la aplicación y uso del instrumento de recolección de la información. La fuente será secundaria.

### **Métodos e instrumentos para analizar la información:**

**Procesamiento de la información:** Una vez recolectada la información se procedió a la realización de una base de datos con método electrónico computarizado utilizando el programa Microsoft Office Excel 2007, se procesaron los datos realizándose un análisis utilizando distribución de frecuencia simple mediante valores absolutos, las cifras relativas distributivas en porcentaje.

**Aspectos Éticos:**

Todos los datos obtenidos de la investigación serán utilizados única y exclusivamente para fines de investigación, teniendo en cuenta los principios de la ética médica. A continuación se presentan las variables de estudio de acuerdo con cada uno de los objetivos específicos:

**-Para dar salida al objetivo específico No. 1.-** Describir las características generales del grupo de las pacientes en estudio. **Se definen los siguientes indicadores:**

1. Edad
2. Escolaridad
3. Estado Civil
4. Procedencia

**-Para dar salida al objetivo específico No. 2.-** Describir las características Ginecoobstétricas del grupo de las pacientes en estudio. **Se define los indicadores:**

1. Gestas
2. Paras
3. CPN
4. Edad Gestacional

**-Para dar salida al objetivo específico No. 3:** Determinar la calidad del llenado de los datos del partograma del presente estudio. **Se define los indicadores:**

**Anotar 1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No se cumple), **anotar 0**. Registrar **NA** (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable.

1-Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta.

2-Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.

3-Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta.

- 4-Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.
- 5-Grafica adecuadamente la Curva de Alerta.
- 6-Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge.
- 7-Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.
- 8-Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF).
- 9-Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas.
- 10-Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).
- 11-Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).
- 12-Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas.
- 13-Observaciones.

**-Para dar salida al objetivo específico No. 4:.** Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma. **Se define los indicadores:**

Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No se cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable.

1. Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta
2. Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal
3. Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas
4. Interpreta adecuadamente ésta información complementaria

-Para dar **salida al objetivo específico No. 5:** Evaluar el porcentaje de cumplimiento de los acápite de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes en estudio. **Se define los indicadores:**

El promedio del partograma se obtiene de dividir el total de criterios cumplidos entre el total de criterios aplicables multiplicado por 100. El promedio global se obtiene de dividir el total de partogramas que obtuvieron un promedio de 90 entre el total de partogramas monitoreados multiplicado por 100.

- 1-Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta:
- 2-Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma
- 3-Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta
- 4-Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento
- 5-Grafica adecuadamente la Curva de Alerta
- 6-Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta
- 7-Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge
- 8-Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación
- 9-Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)
- 10- Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal
- 11-Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas
- 12-Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas
- 13-Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM)
- 14-Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De



posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas)

15-Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas

16-Interpreta adecuadamente ésta información complementaria

17-Observaciones.

### ***PLAN DE ANALISIS.***

**-Para dar salida al objetivo específico No. 1.-** Describir las características generales del grupo de las pacientes en estudio. **Se definen los siguientes indicadores:**

1. Edad según frecuencia
2. Escolaridad según frecuencia
3. Estado Civil según frecuencia
4. Procedencia según frecuencia

**-Para dar salida al objetivo específico No. 2.-** Describir las características Ginecoobstétricas del grupo de las pacientes en estudio. **Se define los indicadores:**

1. Gestas según frecuencia
2. Paras según frecuencia
3. CPN según frecuencia
4. Edad Gestacional según frecuencia

**-Para dar salida al objetivo específico No. 3:** Determinar la calidad del llenado de los datos del partograma del presente estudio. **Se define los indicadores:**

Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No se cumple), anotar O. Registrar NA (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable

1-Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta según frecuencia.

2-Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma según frecuencia.

3-Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta según frecuencia.

4-Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento según frecuencia.

5-Grafica adecuadamente la Curva de Alerta según frecuencia.

6-Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge según frecuencia.

7-Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación según frecuencia.

8-Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) según frecuencia.

9-Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas según frecuencia.

10-Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM) según frecuencia.

11-Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas) según frecuencia.

12-Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas según frecuencia.

### 13-Observaciones según frecuencia.

**-Para dar salida al objetivo específico No. 4:** Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma.

**Se define los indicadores:**

Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No se cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable.

1. Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta según frecuencia.
2. Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal según frecuencia.
3. Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas según frecuencia.
4. Interpreta adecuadamente ésta información complementaria según frecuencia.

**-Para dar salida al objetivo específico No. 5:** Evaluar el porcentaje de cumplimiento de los acápites de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes en estudio.

**Se define los indicadores:**

El promedio del partograma se obtiene de dividir el total de criterios cumplidos entre el total de criterios aplicables multiplicado por 100. El promedio global se obtiene de dividir el total de partogramas que obtuvieron un promedio de 90 entre el total de partogramas monitoreados multiplicado por 100.

1-Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta según

porcentaje de cumplimiento.

2-Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma según porcentaje de cumplimiento.

3-Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta según porcentaje de cumplimiento según porcentaje de cumplimiento.

4-Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento según porcentaje de cumplimiento.

5-Grafica adecuadamente la Curva de Alerta según porcentaje de cumplimiento.

6-Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta según porcentaje de cumplimiento.

7-Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge según porcentaje de cumplimiento.

8-Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación según porcentaje de cumplimiento.

9-Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) según porcentaje de cumplimiento.

10- Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal según porcentaje de cumplimiento.

11-Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas según porcentaje de cumplimiento.

12-Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas según porcentaje de cumplimiento.

13-Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM) según porcentaje de cumplimiento.

14-Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas) según porcentaje de cumplimiento.

15-Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas según porcentaje de cumplimiento.

16-Interpreta adecuadamente ésta información complementaria según porcentaje de cumplimiento.

17-Observaciones según porcentaje de cumplimiento.

## Operacionalización de las variables

-Para dar salida al objetivo específico No. 1.-. Describir las características generales del grupo de las pacientes en estudio.

N°	VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O ESCALA
1	Edad	Tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta el momento de recolectar la información	Años, según el Expediente clínico	< 19 años 19-34 años 35 años o más
2	Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de la recolección de la información	según el Expediente clínico	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
3	Estado civil	Relación conyugal existente entre 2 personas	según el Expediente clínico	Soltera Acompañada Casada
4	Procedencia	Se refiere a la residencia habitual de la embarazada, Consignar dirección exacta.	según el Expediente clínico	Urbana Rural

Objetivo específico No. 2.- Describir las características Ginecoobstétricas del grupo de las pacientes en estudio.

N°	VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O ESCALA
1	Gestas	Número de embarazos acontecidos hasta el momento de recolección de la información	según el Expediente clínico	Primigestas Bigesta Multigesta
2	Paras	Número de partos acontecidos al momento de recolectar la información	según el Expediente clínico	Nulipara Multipara
3	Controles Prenatales	Número de controles que se realizan las mujeres durante el embarazo	según el Expediente clínico	1 2 3 o más
4	Edad Gestacional	Tiempo de vida intrauterina fetal, alcanzado, hasta el momento del nacimiento en semanas	según el Expediente clínico	37-41 6/7 semanas de gestación

Para dar salida al objetivo específico No. 3: Determinar la calidad del llenado de los datos del partograma del presente estudio.

N°	VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O ESCALA
1	Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta	Anota datos generales en el partograma, nombres y apellidos de la usuaria y la fecha de atención.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma	A toda embarazada con contracciones uterinas dolorosas de al menos 40 segundos de duración, de intensidad normal y con al menos 3 cms de dilatación.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
3	Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta	Se refiere a si el recurso de salud seleccionó de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento	En los casos en donde se produjo parto vaginal, la curva real (línea continua) debe dibujarse hasta la línea superior del partograma que dice <b>PARTO</b> .	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
5	Grafica adecuadamente la Curva de Alerta.	La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la Curva Real se intersecta con la Línea de Base	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
6	Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge.	Debe graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
7	Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación	Las variedades de posición de la presentación de vértice, en orden de frecuencia, son como siguen: OIA, ODP, ODA, OIP.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica



**-Para dar salida al objetivo específico No. 3:** Determinar la calidad del llenado de los datos del partograma del presente estudio.

N°	VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O ESCALA
8	Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)	El partograma nos permite graficar FCF desde un mínimo de 90 por min, hasta un máximo de 200 por min.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
9	Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas	Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
10	Grafica de forma adecuada la ruptura espontanea de membrana(REM) y la Ruptura Artificial de membrana (RAM)	Debe Grafica la Ruptura de Membrana ya sea esta Espontanea (REM), o Artificial (RAM) al lado del punto grafico de la dilatación correspondiente que se registra en la curva real	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica

**-Para dar salida al objetivo específico No. 3: Determinar la calidad del llenado de los**

N°	VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O ESCALA
11	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas)	Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, sentada) a horizontal (acostada), En los casos en que no se haya requerido hacer cambio de patrón en la curva de alerta, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica).	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
12	Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas	Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, duración de contracciones, dolor (localización, intensidad).	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
13	Observaciones	Las casillas a, b, c, d,...o, deben marcarse con una X según corresponda al tiempo real en que se realiza la valoración, e indica que en una hoja en blanco adicional se encuentra un comentario que registra los hallazgos (de riesgo o anormales), que se traducen en decisiones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la usuaria. No basta con solo marcar con X la/s casilla/s.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica

datos del partograma del presente estudio.

-Para dar salida al objetivo específico No. 4:..Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma

Nº	VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O VALOR
1	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.	Recordemos que la Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
2	Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal	Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min, la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
3	Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas	En el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++)..En los casos en que no se requiera una interpretación de las contracciones uterinas porque todo transcurre normal, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA. (No Aplica).	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
4	Interpreta adecuadamente ésta información complementaria	No sólo basta registrar correctamente la información en las casillas complementarias. En los casos en que no se haya requerido hacer interpretación en la casilla se anotará NA (No Aplica).	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica

-Para dar salida al objetivo específico No. 5: Evaluar el porcentaje de cumplimiento de los acápite de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes en estudio.

El promedio del partograma se obtiene de dividir el total de criterios cumplidos entre el total de criterios aplicables multiplicado por 100. El promedio global se obtiene de dividir el total de partogramas que obtuvieron un promedio de 90 entre el total de partogramas monitoreados multiplicado por 100.

N°	VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O ESCALA
1	Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta	Anota datos generales en el partograma, nombres y apellidos de la usuaria y la fecha de atención.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma	A toda embarazada con contracciones uterinas dolorosas de al menos 40 segundos de duración, de intensidad normal y con al menos 3 cms de dilatación.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
3	Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta	Se refiere a si el recurso de salud seleccionó de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento	En los casos en donde se produjo parto vaginal, la curva real (línea continua) debe dibujarse hasta la línea superior del partograma que dice PARTO.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
5	Grafica adecuadamente la Curva de Alerta.	La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la Curva Real se intersecta con la Línea de Base	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica

-Para dar salida al objetivo específico No. 5: Evaluar el porcentaje de cumplimiento de los acápite de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes en estudio.

N°	VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O ESCALA
6	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.	Recordemos que la Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
7	Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge.	Debe graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
8	Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación	Las variedades de posición de la presentación de vértice, en orden de frecuencia, son como siguen: OIA, ODP, ODA, OIP.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
9	Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)	El partograma nos permite graficar FCF desde un mínimo de 90 por min, hasta un máximo de 200 por min.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica

**-Para dar salida al objetivo específico No. 5:** Evaluar el porcentaje de cumplimiento de los acápite de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes en estudio.

N°	VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O ESCALA
10	Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal	Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min, la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
11	Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas	Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
12	Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas	En el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++) .En los casos en que no se requiera una interpretación de las contracciones uterinas porque todo transcurre normal, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA. (No Aplica).	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
13	Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM)	Debe graficarse la Rotura de Membranas ya sea esta espontánea (REM), o artificial (RAM) al lado del punto graficado de la dilatación correspondiente que se registra en la curva real.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica

**-para dar salida al objetivo específico no. 5:** evaluar el porcentaje de cumplimiento de los acápite de la hoja del partograma emitidos por el minsa en el grupo de pacientes en estudio.

N°	VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR O ESCALA
14	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas)	Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, sentada) a horizontal (acostada), En los casos en que no se haya requerido hacer cambio de patrón en la curva de alerta, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica).	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
15	Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas	Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, duración de contracciones, dolor (localización, intensidad).	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
16	Interpreta adecuadamente ésta información complementaria	No sólo basta registrar correctamente la información en las casillas complementarias. En los casos en que no se haya requerido hacer interpretación en la casilla se anotará NA (No Aplica).	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica
17	Observaciones	Las casillas a, b, c, d,...o, deben marcarse con una X según corresponda al tiempo real en que se realiza la valoración, e indica que en una hoja en blanco adicional se encuentra un comentario que registra los hallazgos (de riesgo o anormales), que se traducen en decisiones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la usuaria. No basta con solo marcar con X la/s casilla/s.	Según partograma	Se cumple No se cumple No aplica

## VIII. RESULTADOS

En el presente estudio sobre la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015. En el cual se revisaron 100 expedientes clínicos y partogramas que correspondió al 20 % del universo, se obtuvieron los siguientes resultados por objetivos.

Resultados del Objetivo 1. Describir las características generales del grupo de las pacientes en estudio.

**Tabla N° 1** Distribución de las edades del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015, los resultados fueron los siguientes:

Con respecto al grupo etéreo se encontró que el que más predominio fue el de 19 a 34 años con 75 casos (75%), seguido a las edades menores de 19 años, con 23 casos (23%) y con menos frecuencia a las edades de 35 años a más con 2 casos (2%), representando un total del 100% de los sujetos en estudio.

**Tabla N° 2** Distribución de la escolaridad del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015, los resultados fueron los siguientes:

En relación a la escolaridad en el grupo en estudio se observó que un 57 casos (57%) eran de estudios de secundaria, 26 casos (26%) de estudios primarios, Universitarios un 15 casos (15%) y 2 casos (2%) eran analfabetas. representando un total del 100% de los sujetos en estudio.



**Tabla N° 3** Distribución del estado civil del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015, los resultados fueron los siguientes:

Con respecto al estado civil del grupo en estudio se encontró que 60 casos (60%) eran acompañadas, 30 casos (30%) casadas y 10 casos (10%) se encontraban solteras. representando un total del 100% de los sujetos en estudio.

**Tabla N° 4** Distribución de la procedencia del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015, los resultados fueron los siguientes:

En cuanto a la procedencia del grupo en estudio se encontró que 67 casos (67%) eran procedencia Rural y 33 casos (33%) de procedencia Urbana representando un total del 100% de los sujetos en estudio.

Resultados del Objetivo 2. Describir las características Ginecoobstétricas del grupo de las pacientes en estudio.

**Tabla N° 5** Distribución de las Gestas del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

Con los respecto al número de gestas se encontró que 49 casos (49%) eran Primigesta, siendo un 30 % (30) Bigestas y un 21 %( 21) Multigestas representando un total del 100% de los sujetos en estudio.

**Tabla N° 6** Distribución de las Paras del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia

del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015. En relación al número de partos en el grupo en estudio se observó que 52 casos (52%) eran nulíparas, 48 casos (48%) múltipara.

**Tabla N° 7** Distribución de los CPN del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

Con relación a los CPN de los sujetos en estudio se encontró que 85 casos (85%) con 3 o más CPN, 11 casos (11%) con uno y 4 casos (4%) dos CPN.

**Tabla N° 8** Distribución de la edad gestacional del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

En cuanto a la edad Gestacional del grupo de estudio se encontró que 99 casos (99%) estaban entre las semanas 37-40-6/7 y 1 caso (1%) con 41 semanas de gestación. Resultados del Objetivo 3. Determinar la calidad del llenado de los datos del partograma del presente estudio.

**Tabla N° 9** Calidad del llenado de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

Con respecto a los resultados encontrados con la hoja de monitoreo para determinar la calidad del llenado del partograma encontramos los siguientes resultados:

**Criterio 1:** Con respecto Llena adecuadamente los datos generales de identificación del paciente, se observó que 69 casos (69%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 31 casos(31%) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 2:** En cuanto al tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma , se observó que 87 casos (87 %) se cumple , en cambio 13 casos(13% ) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 3:** Ahora selecciona adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación). Se observó que 87 casos (87 %) se cumple, en cambio 13 casos (13%) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 4:** Por otra parte grafica adecuadamente la curva real hasta el momento del nacimiento, Se determinó que 82 casos (82 %) se cumple , en cambio 18 casos(18% ) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 5:** Con respecto grafica adecuadamente la curva de alerta, Se observó que 87 casos (87 %) se cumple , en cambio 13 casos(13% ) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 7:** Grafica adecuadamente el descenso de la presentación con respecto a los planos de Hodge, Se observó que 86 casos (86 %) se cumple , en cambio 14 casos (14% ) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 8:** En cuanto a graficar adecuadamente la variedad de la posición de la presentación, Se determinó que 83 casos (83 %) se cumple , en cambio 17 casos(17%) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 9:** Luego se identificó grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal, Se determinó que 80 casos (80%) se cumple, en cambio 20casos (20%) no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 11:** Después grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas, Se determinó que 86 casos (86 %) se cumple , en cambio 14 casos(14% ) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 13:** Al analizar la forma de como grafican la Ruptura Espontanea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de las Membranas), Se observó que 16 casos (16%) se cumple, en cambio 6 casos (6%) no se cumple y 78 casos (78%) no aplica la mayoría al acápite valorado.

**Criterio 14:** Si bien se observó que grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas integras a rotas), Se observó que 16 casos (16%) se cumple, en cambio 6 casos (6%) no se cumple y 78 casos (78%) no aplica la mayoría al acápite valorado.

**Criterio 15:** En este acápite de la hoja de monitoreo hace referencia al llenado adecuado de la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor. Se determinó que 71 casos (71 %) se cumple, en cambio 29 casos (29%) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 17:** Y por último se encontró, utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a, b, c,...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc., Se determinó que 84 casos (84 %) se cumple , en cambio 16 casos(16% ) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Tabla N° 10** Promedio Global de la Calidad del llenado de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

El promedio global de la calidad del llenado del partograma según los criterios revisados fueron: Se determinó que 72 casos (72 %) se cumple , en cambio 16 casos(16% ) que no se cumple y 12 casos (12%) no aplica estos criterios según los partogramas revisados. Resultados del Objetivo 4 Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma.

**Tabla N° 11** Calidad del interpretación de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

**Criterio 6:** Interpreta adecuadamente la curva real con respecto a la curva de alerta se observó que 89 casos (89%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 11 casos(11% ) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 10:** En el décimo acápite de la hoja de monitoreo del partograma, se observó que 86 casos (86%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 14 casos(14% ) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 12:** Con respecto al interpretado de las variaciones de las contracciones uterinas, se observó que 88 casos (88%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 12 casos(12% ) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Criterio 16:** Y con respecto a la interpretación del acápite 15, interpreta adecuadamente esta información, se observó que 73 casos (73%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 27 casos(27% ) que no se cumple y ninguno no aplica.

**Tabla N° 12** Promedio Global de la Calidad de la interpretación de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

El promedio global de la calidad de la interpretación del partograma según los criterios revisados fueron: se observó que 84 casos (84%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 16 casos(16% ) que no se cumple y ninguno no aplica estos criterios según los partogramas revisados. Resultados del Objetivo 5. Evaluar el porcentaje de cumplimiento de los acápites de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes en estudio.

**Tabla N° 13** Evaluación del porcentaje de cumplimiento de los acápites de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

**Criterio 1:** Con respecto Llena adecuadamente los datos generales de identificación del paciente, se observó el 69% de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 2:** En cuanto al tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma, se observó el 87% de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 3:** Ahora selecciona adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación). Se observó el 69% de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 4:** Por otra parte grafica adecuadamente la curva real hasta el momento del nacimiento, Se determinó que el 82 % de cumplimiento.

**Criterio 5:** Con respecto grafica adecuadamente la curva de alerta, se encontró el 87 % de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 6:** Interpreta adecuadamente la curva real con respecto a la curva de alerta, se determinó el 89% de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 7:** Grafica adecuadamente el descenso de la presentación con respecto a los planos de Hodge, Se determinó el 86 % de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 8:** En cuanto a graficar adecuadamente la variedad de la posición de la presentación, Se determinó el 83 % de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 9:** Luego se identificó grafica adecuadamente la frecuencia cardíaca fetal, Se determinó el 80 % de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 10:** En el décimo acápite de la hoja de monitoreo del partograma, se Determinó el 86% de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 11:** Después grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas, Se determinó el 86% de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 12:** Con respecto al interpretado de las variaciones de las contracciones uterinas, se Determinó el 88% de cumplimiento en el partograma.

**Criterio 13:** Al analizar la forma de como grafican la Ruptura Espontanea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de las Membranas), Se observó que solo el 16% de cumplimiento en el partograma y no aplica la mayoría al acápite valorado.

**Criterio 14:** Si bien se observó que grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas integra a rotas), que solo el 16% de cumplimiento en el partograma y no aplica la mayoría al acápite valorado.

**Criterio 15:** En este acápite de la hoja de monitoreo hace referencia al llenado adecuado de la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor el cual revela el 71 % de cumplimiento en el partograma y no aplica la mayoría al acápite valorado.

**Criterio 16:** Con respecto a la interpretación del acápite 15, interpreta adecuadamente esta información, se Determinó el 73 % de cumplimiento en el partograma y no aplica la mayoría al acápite valorado.

**Criterio 17:** Y por último se encontró, utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a, b, c,...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc., el 84% de cumplimiento en el partograma y en cambio el 16 % no se cumple la mayoría este acápite.

**Tabla N° 14** Porcentaje global de cumplimiento de los acápite de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago

De Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015. El promedio global del porcentaje del cumplimiento de los partogramas según los 17 criterios revisados Se determinó que 75 casos (75 %) se cumple , en cambio 13 casos(13% ) que no se cumple y 12 casos (12%) no aplica estos criterios según los partogramas revisados.



## IX. ANALISIS/ DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En el presente estudio sobre la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015. En el cual se revisaron 100 expedientes clínicos y partogramas que correspondió al 20 % del universo, se realiza el Análisis y Discusión de los resultados por objetivos.

**Objetivo 1. Describir las características generales del grupo de las pacientes en estudio. Análisis y Discusión de los resultados fueron los siguientes:**

**Tabla N° 1** Distribución por edad del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015. Con respecto al grupo etáreo se encontró que el que más predominio fue el de 19 a 34 años con 75 casos (75 %), seguido a las edades menores de 19 años con 23 casos (23%) y con menos frecuencia a las edades de 35 años a más con 2 casos (2%), representando un total del 100% de los sujetos en estudio. Por lo tanto podemos observar que un 23 % de adolescentes menores de 19 años continua representando un problema de salud pública debido a las repercusiones y complicaciones que pueden presentar, siendo esto de gran importancia ya que el embarazo en adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las adolescentes a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas además se considera que en las adolescentes menores de 19 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres en edades de 20 o 30 años y la tasa de mortalidad de los neonatos es superior según la literatura médica y estudios relacionados con este tema mencionado en los antecedentes de este estudio.

**Tabla N° 2** Distribución por Escolaridad del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

En relación a la escolaridad en el grupo en estudio se observó que la mayoría 57 casos (57%) eran de estudios de secundaria, 26 casos (26%) de estudios primarios, Universitarios 15 casos (15) y 2 casos (2%) eran analfabetas, representando un total del 100% de los sujetos en estudio. Con respecto a lo encontrado sobre la escolaridad predominan madres que logran cursar su secundaria y primaria lo cual podemos observar mayor vulnerabilidad en las adolescentes que cursan niveles académicos más bajos ya que se incrementa el abandono de escolaridad, calidad de vida, siendo la deserción de estos el presentar mayor complicaciones en su embarazo y comprensión del mismo, a la vez incrementando a mayor pobreza y un menor nivel educativo en nuestra población joven. Los datos revelados son similares a estudio de Logo, Montoya: Calidad del llenado e interpretación del partograma y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque, Nicaragua, Enero-Marzo del 2014.

**Tabla N° 3** Distribución por Estado civil del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

Con respecto al estado civil del grupo en estudio se encontró que 60 casos (60%) eran acompañadas, 30 casos (30%) casadas y 10 casos (10%) se encontraban solteras. representando un total del 100% de los sujetos en estudio. Lo cual nos indica que la mayoría de las mujeres se encuentran bajo un núcleo de compañía y esto mejora la condición de la estabilidad emocional de la futura madre y el bebé. Los datos son similares a otros estudios sobre calidad de partograma como el realizado por Logo, Montoya.

**Tabla N° 4** Distribución por procedencia del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015. En cuanto a la procedencia del grupo en estudio se encontró que la mayoría 67 casos (67%) eran procedencia Rural y 33 casos (33%) de procedencia Urbana representando un total del 100% de los sujetos en estudio. Con respecto a lo encontrado sobre la procedencia predominan madres del área rural lo cual podemos observar mayor vulnerabilidad en las al acceso a los servicios de salud ya que se incrementa la calidad de vida, siendo estos el presentar mayor complicaciones en su embarazo y comprensión del mismo, a la vez incrementando a mayor pobreza y un menor nivel educativo en nuestra población joven.

**Objetivo 2. Describir las características Ginecoobstétricas del grupo de las pacientes en estudio. Análisis y Discusión de los resultados fueron los siguientes:**

**Tabla N° 5** Distribución por Gestas del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

Con los respecto al número de gestas se encontró que 49 casos (49%) eran Primigesta, siendo 30 casos (30%) Bigestas y 21 casos (21%) Multigestas representando un total del 100% de los sujetos en estudio. Estos datos nos indica que en nuestro país las mujeres adolescentes inician su vida sexual activa a temprana edad lo que nos permite reconocer las consecuencias y el riesgo que se exponen las mujeres embarazadas muy jóvenes ya que estas no reciben la educación sexual y planificación familiar, lo que debemos de fortalecer en nuestra población joven nicaragüense desde la familia, la comunidad, los centros escolares y sistema de salud. Los datos son similares a otros estudios sobre calidad de partograma como el realizado por Logo, Montoya.

**Tabla N° 6** Distribución por Paras del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

En relación al número de partos (Paras) en el grupo en estudio se observó que 52 casos (52%) eran nulíparas, 48 casos (48%) multípara. A pesar de su presencia no producen daño directo pero de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño en base a las estadísticas disponible se convierten en factor de riesgo real según las Normas y protocolo para la atención prenatal. Datos son similares a otros estudios sobre calidad de partograma como el realizado por Logo, Montoya y la literatura médica.

**Tabla N° 7** Distribución por CPN del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

Con relación a los CPN del Grupo en estudio se encontró que 85 casos (85%) con 3 o más CPN, 11 casos (11%) con uno y 4 casos (4%) dos CPN. Este es un factor protector ya que la mayoría de las pacientes en estudio recibieron más de 3 CPN. Lo que indica que el control prenatal está forjando y asegurando un embarazo saludable y su efecto en la prevención, captación temprana de factores de riesgo y control del desarrollo adecuado del embarazo y su finalización.

**Tabla N° 8** Distribución por Edad gestacional del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015

En cuanto a la edad Gestacional del grupo de estudio se encontró que 99 casos (99%) estaban entre las semanas 37-40-6/7 y solo 1 caso (1%) con 41 semanas de gestación.

Esto confirma que las mujeres reciben el seguimiento de su embarazo de forma segura hasta alcanzar a su culminación como parto seguro. Esto nos permite garantizar que se ha realizado un adecuado control de la preparación del parto y a la vez esto disminuye el riesgo de las complicaciones del parto actual y recuperación de la mujer, estos Datos son similares a otros estudios sobre calidad de partograma y como el realizado por Logo, Montoya.

**Objetivo 3. Determinar la calidad del llenado de los datos del partograma del presente estudio. Análisis y Discusión de los resultados fueron los siguientes:**

**Tabla N° 9** Calidad del llenado de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015. Análisis y Discusión de los resultados fueron los siguientes:

**Criterio 1:** Con respecto Llena adecuadamente los datos generales de identificación del paciente, se observó que 69 casos (69%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 31 casos(31% ) que no se cumple y ninguno no aplica. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. se observó que el porcentaje de cumplimiento es menos. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 2:** En cuanto al tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma , se observó que 87 casos (87 %) se cumple , en cambio 13 casos(13% ) que no se cumple y ninguno no aplica. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 3:** Ahora selecciona adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación). Se observó que 87 casos (87 %) se cumple. En cambio 13 casos (13%). Que no se cumple y ninguno no aplica. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 4:** Por otra parte grafica adecuadamente la curva real hasta el momento del nacimiento, Se determinó que 82 casos (82 %) se cumple , en cambio 18 casos(18% ) que no se cumple y ninguno no aplica. Los datos son similares al estudio realizado

en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 5:** Con respecto grafica adecuadamente la curva de alerta, Se observó que 87 casos (87 %) se cumple , en cambio 13 casos(13% ) que no se cumple y ninguno no aplica. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 7:** Grafica adecuadamente el descenso de la presentación con respecto a los planos de Hodge, Se observó que 86 casos (86 %) se cumple , en cambio 14 casos (14% ) que no se cumple y ninguno no aplica. Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 8:** En cuanto a graficar adecuadamente la variedad de la posición de la presentación, Se determinó que 83 casos (83 %) se cumple , en cambio 17 casos(17%) que no se cumple y ninguno no aplica. Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 9:** Luego se identificó grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal, Se determinó que 80 casos (80%) se cumple, en cambio 20 casos (20%) no se cumple y ninguno no aplica. Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 11:** Después grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas, Se determinó que 86 casos (86 %) se cumple , en cambio 14 casos(14% ) que no se cumple y ninguno no aplica. Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 13:** Al analizar la forma de como grafican la Ruptura Espontanea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de las Membranas), Se observó que 16 casos (16%) se cumple, en cambio 6 casos (6%) no se cumple y 78 casos (78%) no aplica la mayoría al acápite valorado. Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 14:** Si bien se observó que grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas integra a rotas), Se observó que 16 casos (16%) se cumple, en cambio 6 casos (6%) no se cumple y 78 casos (78%) no aplica la mayoría al acápite valorado. Podemos observar en este parámetro el 78% no se requirió hacer cambio de la curva de alerta, Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 15:** En este acápite de la hoja de monitoreo hace referencia al llenado adecuado de la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor.

Se determinó que 71 casos (71 %) se cumple, en cambio 29 casos (29%) que no se cumple y ninguno no aplica. Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio

**Criterio 17:** Y por último se encontró, utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a, b, c,...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc., Se determinó que 84 casos (84 %) se cumple , en cambio 16 casos (16%) que no se cumple y ninguno no aplica. Aunque los datos son similares pero podemos observar que el 84% se cumple con este acápite en relacion al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014 donde se encontró que el 18.2% utiliza adecuadamente las casillas, un 21.5% lo hace inadecuada, y un 60.3% no aplica. Por lo tanto hay que



focalizarnos más en este acápite en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Tabla N° 10** Promedio Global de la Calidad del llenado de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

El promedio global de la calidad del llenado del partograma según los criterios revisados fueron: Se determinó que 72 casos (72 %) se cumple , en cambio 16 casos(16% ) que no se cumple y 12 casos (12%) no aplica estos criterios según los partogramas revisados.

En cuanto a la relación de la calidad del llenado de los partogramas se observó que es buena la calidad del llenado en el HERSJ en relación a los últimos estudios realizados en otras unidades hospitalaria como HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014 llegando a un 78.5% de llenado satisfactorio, el dato de este estudio es similar según el estudio realizado en el periodo de mayo-noviembre en el año 2013 del 63%, pero aun así hay detalles que tienen que seguirse trabajando e involucrando a todos los que supervisan y grafican el partograma porque si la hoja de llenado está incompleta en detalles aunque sean mínimos se considera un llenado insatisfactorio.

Hay que recordar que el partograma se confecciona a la medida de cada paciente para que cumpla con la eficacia que posee en la vigilancia del trabajo de parto. Por lo tanto tenemos que reforzar la capacitación de los miembros de salud del hospital regional.

#### **Objetivo 4 Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma.**

##### **Análisis y Discusión de los resultados fueron los siguientes:**

**Tabla N° 11** Calidad del interpretación de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015. Análisis y Discusión de los resultados fueron los siguientes:

**Criterio 6:** Interpreta adecuadamente la curva real con respecto a la curva de alerta se observó que 89 casos (89%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 11 casos(11%) que no se cumple y ninguno no aplica. Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio

**Criterio 10:** En el décimo acápite de la hoja de monitoreo del partograma, se observó que 86 casos (86%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 14 casos(14%) que no se cumple y ninguno no aplica. Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio

**Criterio 12:** Con respecto al interpretado de las variaciones de las contracciones uterinas, se observó que 88 casos (88%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 12 casos(12%) que no se cumple y ninguno no aplica. Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio

**Criterio 16:** Y con respecto a la interpretación del acápite 15, interpreta adecuadamente esta información, se observó que 73 casos (73%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 27 casos(27%) que no se

cumple y ninguno no aplica. Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio

**Tabla N° 12** Promedio Global de la Calidad de la interpretación de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

El promedio global de la calidad de la interpretación del partograma según los criterios revisados fueron: se observó que 84 casos (84%) se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 16 casos(16% ) que no se cumple y ninguno no aplica estos criterios según los partogramas revisados. Por otra parte está el interpretado del partograma se logra observar una mejoría significativa, lo cual es indispensable porque el partograma no habla, sino que el medico está aprendiendo a utilizar esta herramienta y tal evidencia es que el 84 % de los partogramas revisados fueron interpretados satisfactoriamente, pero a la vez no se puede obviar el hecho de que falta por mejorar porque el 16 % no fue interpretado adecuadamente en el periodo del estudio, una de las dificultades que se logra observar es que no se están utilizando adecuadamente las casillas y por lo tanto tampoco se están interpretando, he ahí uno de los principales puntos a mejorar y tomar medidas para continuar interpretando de manera adecuada el partograma y dar una atención excelente en cuanto vigilancia del trabajo de parto en este hospital de referencia regional. Por lo tanto tenemos que reforzar la capacitación de los miembros de salud del hospital regional.

**Objetivo 5. Evaluar el porcentaje de cumplimiento de los acápites de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes en estudio. El análisis y la discusión de los resultados fueron:**

**Tabla N° 13** Evaluación del porcentaje de cumplimiento de los acápites de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015. El análisis y la discusión de los resultados fueron:

**Criterio 1:** Con respecto Llena adecuadamente los datos generales de identificación del paciente, se observó el 69% de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014 y otros estudios . Se observó que el porcentaje de cumplimiento es menos. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 2:** En cuanto al tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma , se observó el 87% de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 3:** Ahora selecciona adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación). Se observó el 69% de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 4:** Por otra parte grafica adecuadamente la curva real hasta el momento del nacimiento, Se determinó que el 82 % del cumplimiento. Los datos son similares al

estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 5:** Con respecto grafica adecuadamente la curva de alerta, se encontró el 87 % de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 6:** Interpreta adecuadamente la curva real con respecto a la curva de alerta, se determinó el 89% de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 7:** Grafica adecuadamente el descenso de la presentación con respecto a los planos de Hodge, Se determinó el 86 % de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 8:** En cuanto a graficar adecuadamente la variedad de la posición de la presentación, Se determinó el 83 % de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 9:** Luego se identificó grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal, Se determinó el 80% de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 10:** En el décimo acápite de la hoja de monitoreo del partograma, se Determinó el 86% de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 11:** Después grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas, Se determinó el 86% de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 12:** Con respecto al interpretado de las variaciones de las contracciones uterinas, se Determinó el 88% de cumplimiento en el partograma. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 13:** Al analizar la forma de como grafican la Ruptura Espontanea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de las Membranas), Se observó que solo el 16% de cumplimiento en el partograma y no aplica la mayoría al acápite valorado. Podemos observar en este parámetro el 84 % no hay REM o RAM, Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 14:** Si bien se observó que grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas integras a rotas), que solo el 16% de cumplimiento en el partograma y no aplica la mayoría al acápite valorado. Podemos observar en este parámetro el 84 % no se requirió hacer cambio de la curva de alerta, Aunque los datos son similares pero mejor al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 15:** En este acápite de la hoja de monitoreo hace referencia al llenado adecuado de la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor el cual revela el 71 % de cumplimiento en el partograma y no aplica la mayoría al acápite valorado. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 16:** Con respecto a la interpretación del acápite 15, interpreta adecuadamente esta información, se Determinó el 73 % de cumplimiento en el partograma y no aplica la mayoría al acápite valorado. Los datos son similares al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Criterio 17:** Y por último se encontró, utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a, b, c,...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc., el 84% de cumplimiento en el partograma y en cambio el 16 % no se cumple la mayoría este acápite.

Aunque los datos son similares pero podemos observar que el 84% cumple con este acápite en relación al estudio realizado en el HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014 donde se encontró que el 18.2% utiliza adecuadamente las casillas. Por lo tanto hay que focalizarnos más en este acápite en los ciclos rápidos de mejora continua de este criterio.

**Tabla N° 14** Porcentaje global de cumplimiento de los acápites de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago

De Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

El promedio global del porcentaje del cumplimiento de los partogramas según los 17 criterios revisados Se determinó que 75 casos (75 %) se cumple , en cambio 13 casos (13% ) que no se cumple y 12 casos (12%) no aplica estos criterios según los partogramas revisados. Se observó que es bueno el cumplimiento en el HERSJ en relación a los últimos estudios realizados en otras unidades hospitalaria como HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014 llegando a un 78.5% de llenado satisfactorio, el dato de este estudio es similar según el estudio realizado en el periodo de mayo-noviembre en el año 2013 del 63%, pero aun así hay detalles que tienen que seguirse

trabajando e involucrando a todos los que supervisan y grafican el partograma porque si la hoja de llenado está incompleta en detalles aunque sean mínimos se considera un llenado insatisfactorio, hay que recordar que el partograma se confecciona a la medida de cada paciente para que cumpla con la eficacia que posee en la vigilancia del trabajo de parto. Por lo tanto tenemos que reforzar la capacitación de los miembros de salud del hospital regional.



## X. CONCLUSIONES

En este estudio sobre la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015. En el cual se revisaron 100 expedientes clínicos y partogramas que correspondió al 20 % del universo, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- 1- En el presente estudio Con respecto al grupo etáreo se encontró que el que más predominio fue el de 19 a 34 años, con escolaridad de secundaria, con estado civil acompañada y de procedencia rural.
2. En relación a los principales Características Ginecoobstétricas del grupo de las pacientes en estudio se encontró que predomino las primigestas, las nulíparas, con 3 o más CPN y 37-40-6/7 semanas de gestacion.
3. En cuanto a la calidad del llenado de los datos del partograma del presente estudio se encontró que el promedio global de la calidad del llenado del partograma según los criterios revisados fue del 72 % se cumple , en cambio 16% no se cumple y 12% no aplica estos criterios según los partogramas revisados.
4. En relación a la calidad de la interpretación de los datos del partograma del presente estudio se encontró que el promedio global de la calidad de la interpretación del partograma según los criterios revisados fueron: 84% se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 16% que no se cumple y ninguno no aplica estos criterios según los partogramas revisados.
5. En cuanto al porcentaje de cumplimiento de los acápites de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes en estudio se determinó que el promedio global del porcentaje del cumplimiento de los partogramas según los 17 criterios revisados fue del 75 % se cumple, en cambio 13% no se cumple y 12% no aplica estos criterios según los partogramas

revisados, por lo que se concluye un cumplimiento insatisfactorio del correcto llenado del partograma.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **Al Ministerio de Salud**

Promover la educación continua sobre la calidad de la hoja del partograma a médicos generales, residentes de Gineco-obstetricia, Internos y Pre-internos, haciendo énfasis en la calidad del llenado e interpretación de partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto.

Promover las supervisiones y Monitoreos según la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta en todas las unidades de salud según las normas y protocolos donde se atienden partos y se aplica la hoja del partograma.

### **Al SILAIS Carazo**

Se recomienda a los responsables del programa de docencia estimular la realización de estudios a nivel departamental sobre la calidad del llenado e interpretación de la hoja de Partograma.

Promover las supervisiones y Monitoreos para el partograma con curva de alerta en todas las unidades de salud según las normas y protocolos donde se atienden partos y se aplica la hoja del partograma.

### **Al Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe**

Promover en el comité de calidad la mejoría de calidad del llenado e interpretación del partograma en el Hospital de referencia regional con la finalidad de vigilar de manera adecuada el trabajo de parto y evitar complicaciones durante este proceso del parto. Monitorear la calidad de atención en el servicio de Gineco-obstetricia y principalmente en labor y parto para mejora continua del partograma.

Revisar los expedientes clínicos con el objetivo de Evaluar la Mejoría de la Calidad de la Atención Medica en el hospital, según la guía de Manejo del Expediente Clínico y el partograma.

Focalizarse más en los ciclos rápidos de mejoría continúa de los criterios que no se están cumpliendo y reforzar la capacitación de los miembros de salud del Hospital.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Briones, Hernán, “Evaluación del partograma en primíparas con embarazo a término y labor de parto espontánea como instrumento para disminuir cesáreas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el período de enero 2011 – agosto 2012”.
2. Jiménez, Carpio. Calidad de la atención en la vigilancia del trabajo del parto con partograma en pacientes hospitalizados en el area de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, Ecuador 2009. Disponible en: [dspace.unl.edu.ec/.../JIMENEZ%20GALO%20-%20CARPIO%20DENN](https://dspace.unl.edu.ec/.../JIMENEZ%20GALO%20-%20CARPIO%20DENN)
3. Lennox C Breech labor onthewhopartograph International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1988; 62:117-127.
4. Logo, Montoya: Calidad del llenado e interpretación del partograma y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque, Nicaragua, Enero-Marzo del 2014.
5. Ministerio de Salud, Tecnologías Perinatales, Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Agenda para una Maternidad segura. Nicaragua. 2000.
6. Medal, Mejia, Rojas: Calidad del llenado de las Hojas de Control Prenatal de pacientes remitidas de atención primaria ingresadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional Asunción Juigalpa desde el 01 de abril hasta el 31 de julio del 2007. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos66/evaluacion-calidad-historias-clinicas/evaluacion-calidad-historias-clinicas2.shtml#ixzz3gOHI8BPF>
7. Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, parto, Puerperio y Recién Nacido/a de bajo riesgo. Normativa-011, MINSA, Managua, Nicaragua, Mayo 2008.

8. Nápoles, Piloto Padrón. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba. [acceso 22 de Julio de 2015 11:00 am] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11\\_3\\_07/san14307.htm.2](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san14307.htm.2)
9. Pavón P. evaluación del expediente Clínico en la Atención Obstétrica. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, 2002; vol.2No 1.
10. Schwartz R. L. y col. Obstetricia, Sexta Edición, Buenos Aires Argentina: Editorial El Ateneo. Junio 2005. Reimpresión septiembre 2011.
11. Saborío Jader: Utilizacion del partograma como herramienta para la toma de decisiones en los partos atendidos en el servicio de labor y parto del Hospital Juan Antonio Brenes Palacios de Somoto, Nicaragua en el periodo de octubre a diciembre del 2011.
12. Uranga Imaz A. Obstetricia práctica, Primera Edición, Buenos Aires Argentina: Editorial Intermédica. 1967.

### **XIII. Anexos.**

## Tabla N° 1

Distribución por edad del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

**n= 100**

Edad	Nº	%
< 19 años	23	23
19-34 años	75	75
35 años a más	2	2
Total	100	100

**Fuente:** Expedientes Clínicos

## Tabla N° 2

Distribución por Escolaridad del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

**n= 100**

Escolaridad	Nº	%
Analfabeta	2	2
Primaria	26	26
Secundaria	57	57
Universidad	15	15
Total	100	100

**Fuente:** Expedientes Clínicos



### Tabla N° 3

Distribución por Estado civil del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

n= 100

Estado civil	Nº	%
Soltera	10	10
Acompañada	60	60
Casada	30	30
<b>Total</b>	100	100

**Fuente:** Expedientes Clínicos

### Tabla N° 4

Distribución por procedencia del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

n= 100

Procedencia	Nº	%
Urbana	33	33
Rural	67	67
<b>Total</b>	100	100

**Fuente:** Expedientes Clínicos

## Tabla N° 5

Distribución por Gestas del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

n= 100

Gestas	Nº	%
Primigestas	49	49
Bigestas	30	30
Multigestas	21	21
<b>Total</b>	100	100

**Fuente:** Expedientes Clínicos

## Tabla N° 6

Distribución por Paras del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

n= 100

Paras	Nº	%
<b>Nulípara</b>	52	52
<b>Multípara</b>	48	48
<b>Total</b>	100	100

**Fuente:** Expedientes Clínicos

## Tabla N° 7

tribución por CPN del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

**n= 100**

CPN	Nº	%
<b>1</b>	11	11
<b>2</b>	4	4
<b>3 o mas</b>	85	85
<b>Total</b>	100	100

**Fuente:** Expedientes Clínicos

## Tabla N° 8

Distribución por Edad gestacional del grupo de las pacientes en estudio en la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

**n= 100**

Edad Gestacional	Nº	%
<b>37-40 6/7 SG</b>	99	99
<b>41 SG</b>	1	1
<b>Total</b>	100	100

**Fuente:** Expedientes Clínicos

## Tabla N° 9

Calidad del llenado de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

= 100

N°	Criterio	Se Cumple		No Se cumple		No Aplica	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Llena adecuadamente los datos generales de identificación del paciente.	69	69	31	31	0	0
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.	87	87	13	13	0	0
3	Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).	87	87	13	13	0	0
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.	82	82	18	18	0	0
5	Grafica adecuadamente la curva de alerta.	87	87	13	13	0	0
7	Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.	86	86	14	14	0	0
8	Grafica adecuadamente la variedad de la posición de la presentación.	83	83	17	17	0	0
9	Grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal.	80	80	20	20	0	0
11	Grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas.	86	86	14	14	0	0

N°	Criterio	Se Cumple		No Se cumple		No Aplica	
		N°	%	N°	%	N°	%
13	Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontanea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).	16	16	6	6	78	78
14	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas integra a rotas).	16	16	6	6	78	78
15	Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas: Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor.	71	71	29	29	0	0
17	Utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a, b, c,...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc...	84	84	16	16	0	0
	Promedio Global calidad de llenado	72	72	16	16	12	12

## Tabla N° 10

Promedio Global de la Calidad del llenado de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

n= 100

Calidad del llenado de los datos del Partograma	Nº	%
Se cumple	72	72
No se cumple	16	16
No Aplica	12	12
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Expedientes Clínicos-Partogramas.

## Tabla N° 11

Calidad de interpretación de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

n= 100

N°	Criterio	Se Cumple		No Se cumple		No Aplica	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Interpreta adecuadamente la curva real respecto a la curva de alerta.	89	89	11	11	0	0
2	Interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal.	86	86	14	14	0	0
3	Interpreta adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas.	88	88	12	12	0	0
4	Interpreta adecuadamente esta información.	73	73	27	27	0	0
	Promedio calidad interpretado	84	84	16	16	0	0

**Fuente:** Expedientes Clínicos-Partogramas.

## Tabla N° 12

Promedio Global de la Calidad de la interpretación de los datos del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

n= 100

Calidad de la interpretación de los datos del Partograma	Nº	%
Se cumple	84	84
No se cumple	16	16
No Aplica	0	0
Total	100	100



## Tabla N° 13

Evaluación del porcentaje de cumplimiento de los acápites de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

n= 100

N°	Criterio Evaluado	Se cumple N°	% de cumplimiento
1	Llena adecuadamente los datos generales de identificación del paciente.	69	69
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.	87	87
3	Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).	69	69
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.	82	82
5	Grafica adecuadamente la curva de alerta.	87	87
6	Interpreta adecuadamente la curva real respecto a la curva de alerta.	89	89
7	Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.	86	86
8	Grafica adecuadamente la variedad de la posición de la presentación.	83	83
9	Grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal.	80	80
10	Interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal.	86	86

N°	Criterio Evaluado	Se cumple N°	% de cumplimiento
11	Grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas.	86	86
12	Interpreta adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas.	88	88
13	Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontanea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).	16	16
14	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas integras a rotas).	16	16
15	Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas: Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor.	71	71
16	Interpreta adecuadamente esta información.	73	73
17	Utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a, b, c,...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc...	84	84
	Promedio global de cumplimiento	75	75

**Fuente:** Expedientes Clínicos-Partogramas.

## Tabla N° 14

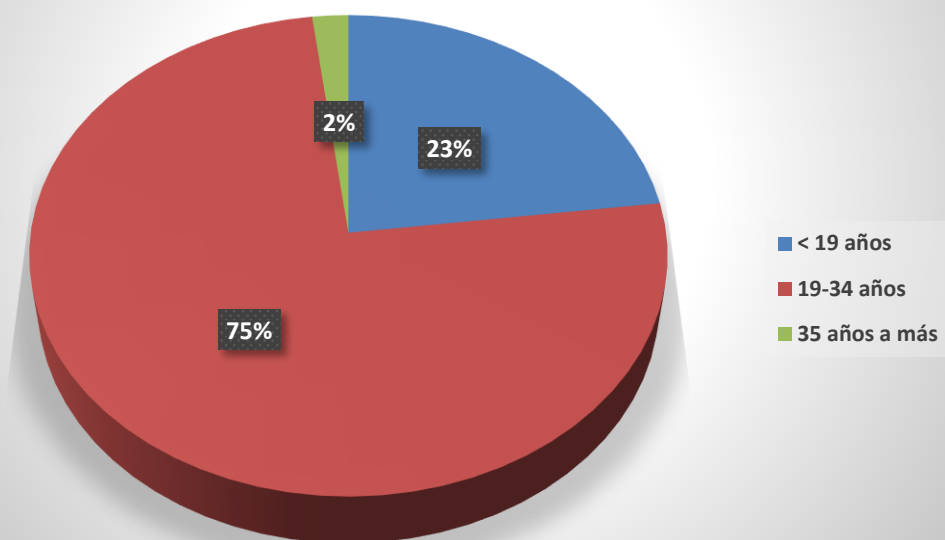
Porcentaje global de cumplimiento de los acápite de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en periodo de enero a marzo del 2015.

**n= 100**

Porcentaje Global de cumplimiento de los acápite de la Hoja Partograma emitido por el MINSA	Nº	%
Satisfactorio	75	75
No satisfactorio	13	13
No Aplica	12	12
Total	100	100

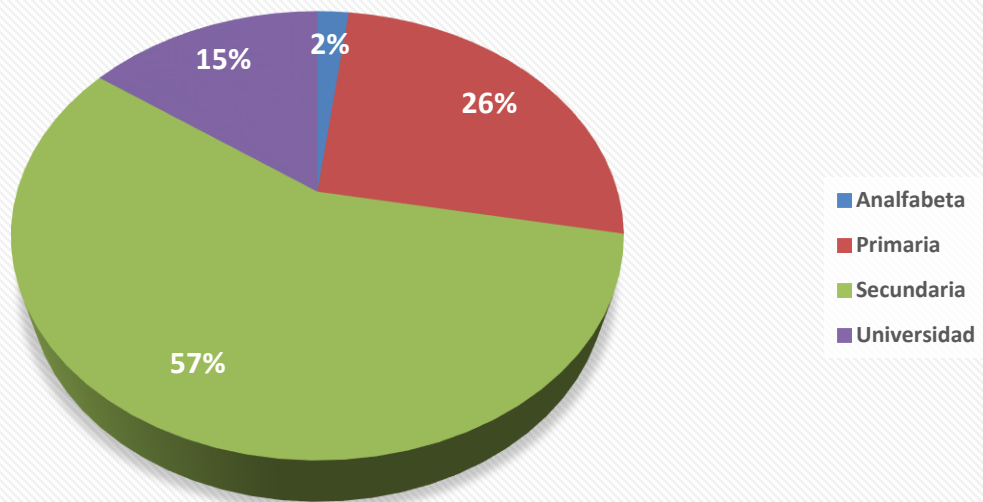
**Fuente:** Expedientes Clínicos-Partogramas.

**Grafico 1 Distribucion por edad del grupo de estudio Calidad del llenado e interpretacion del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo de parto en labor y parto del Hospital Escuela Regional de Jinotepe de enero a marzo 2015**



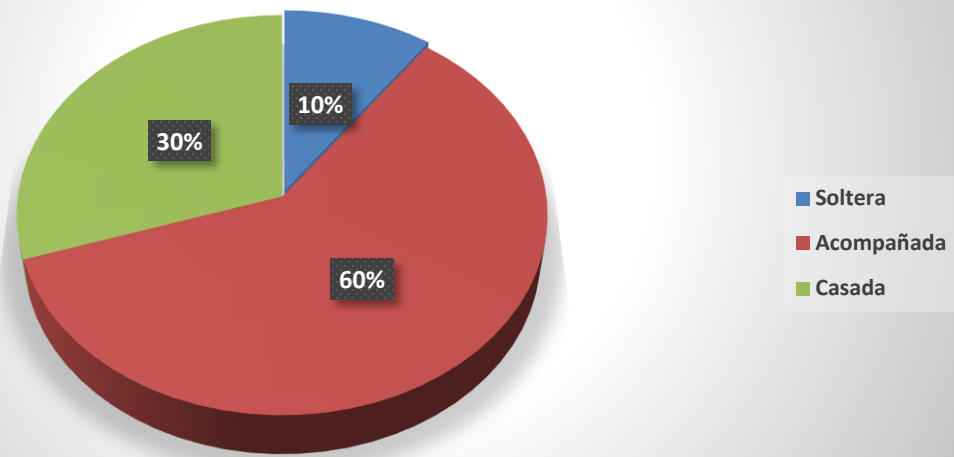
FUENTE: TABLA 1

**Grafico 2 Distribucion por escolaridad del grupo de estudio Calidad del llenado e interpretacion del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto del parto en labor y parto del Hospital Escuela Regional de Jinotepe de enero a m**



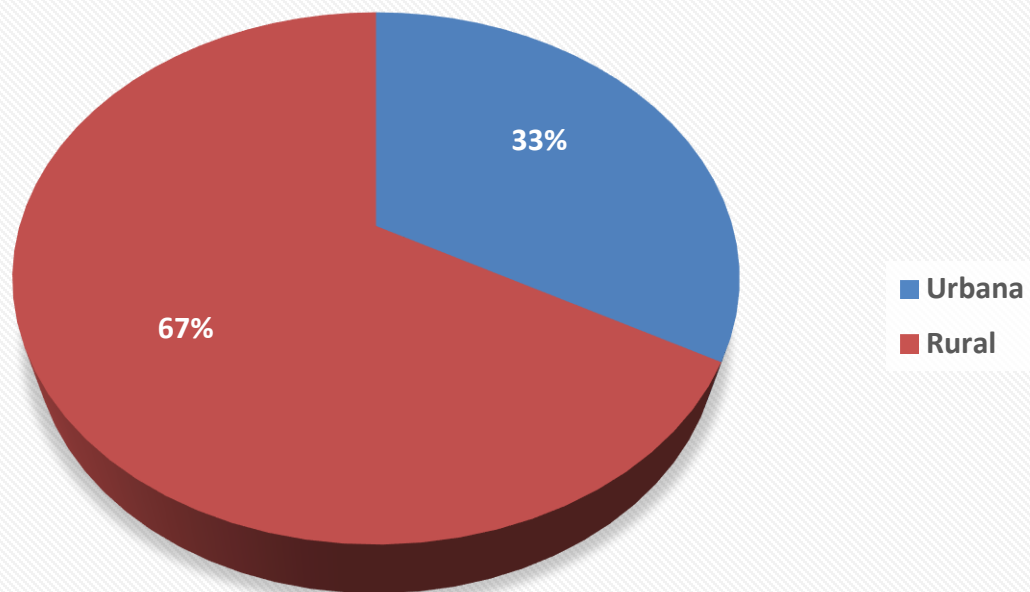
FUENTE: TABLA 2

**Grafico 3 Distribucion del estado civil del grupo de estudio Calidad del llenado e interpretacion del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en labor y parto del Hospital Escuela Regional de Jinotepe enero a marzo 2015**



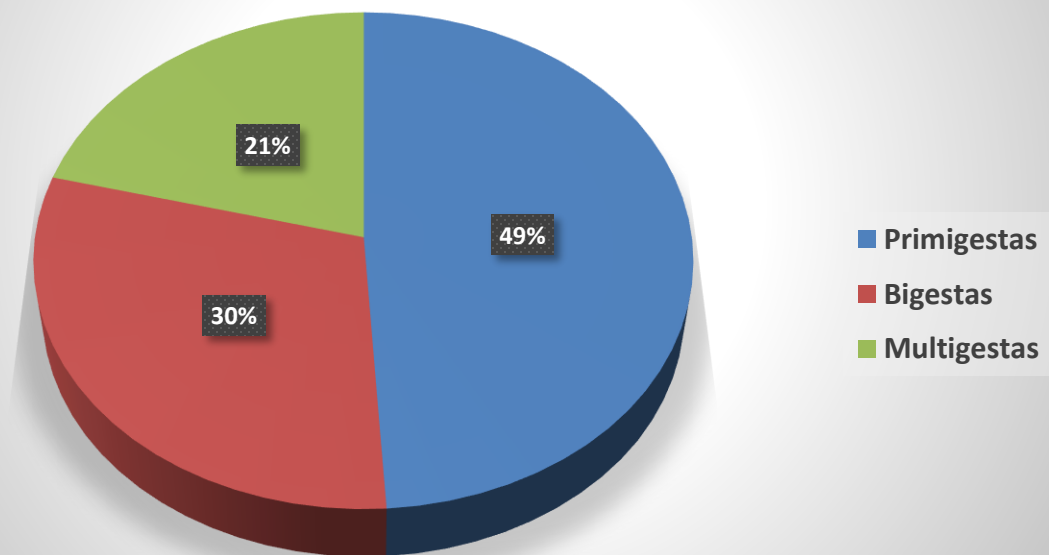
FUENTE: TABLA 3

**Grafico 4 Distribucion por procedencia del grupo de estudio Calidad del llenado e interpretacion del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en labor y parto del Hospital Escuela Regional de Jinotepe enero a marzo 2015**



FUENTE: TABLA 4

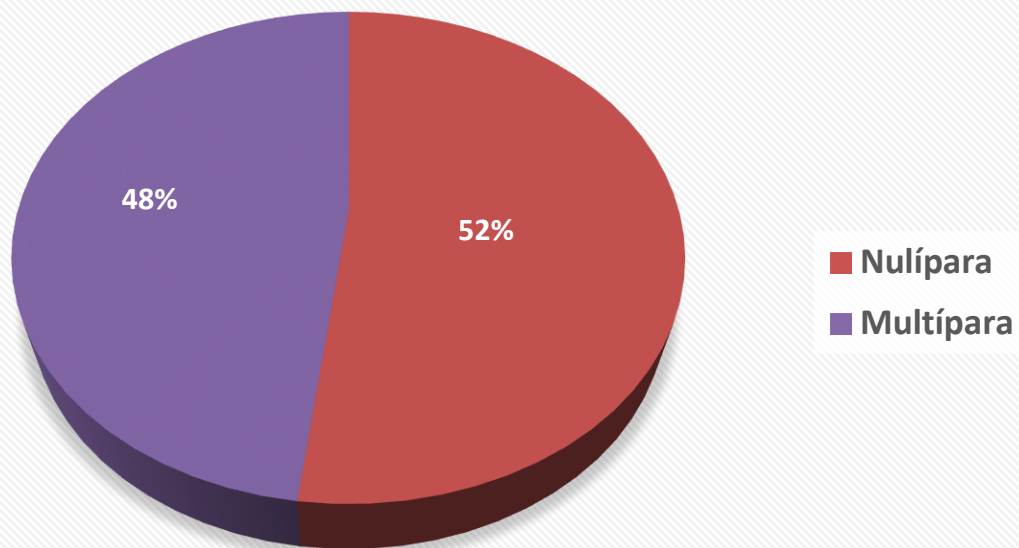
**Grafico 5 Distribucion de Gestas del grupo de estudio Calidad del llenado e interpretacion del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en labor y parto del Hospital Escuela Regional de Jinotepe de enero a marzo 2015**



FUENTE: TABLA 5

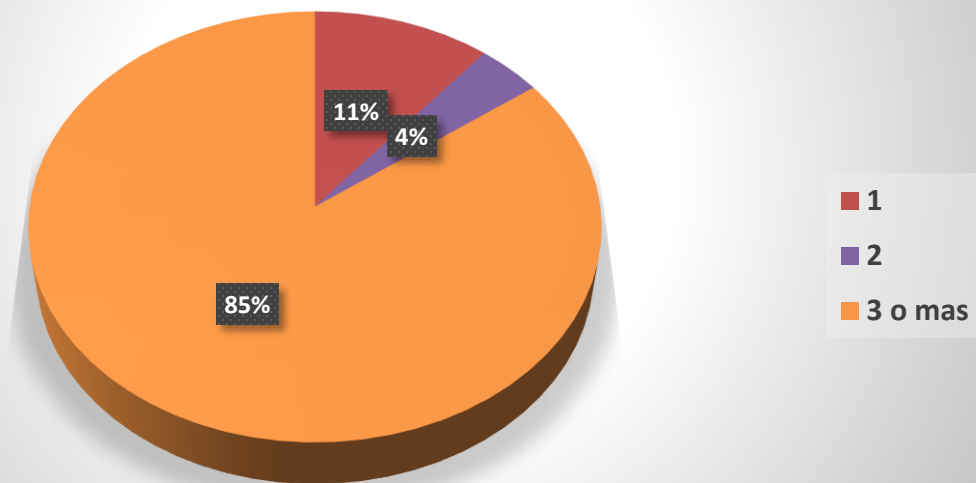


**Grafico 6 Distribucion de Paras del grupo de estudio Calidad del llenado e interpretacion del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en labor y parto del Hospital Escuela regional de Jinotepe enero a marzo 2015.**



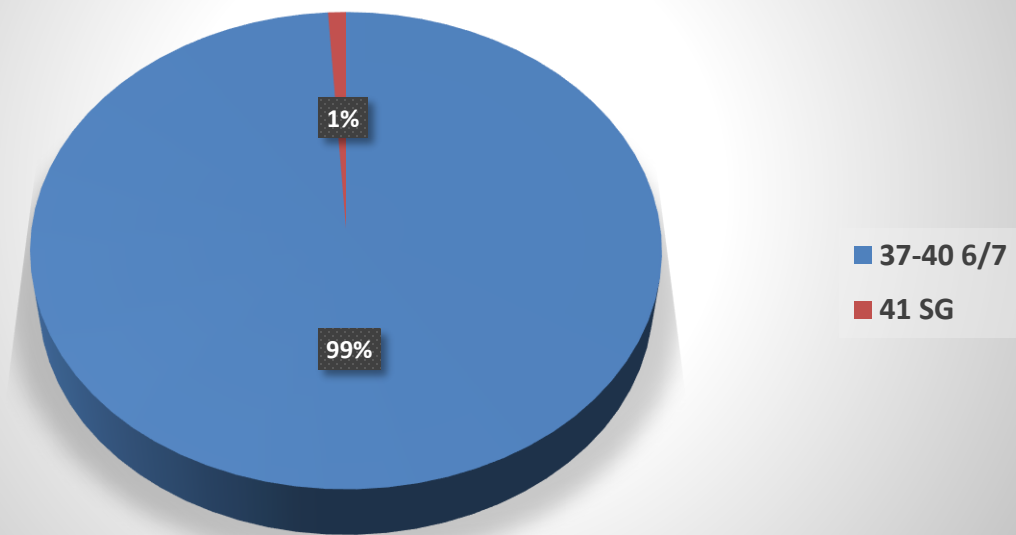
FUENTE: TABLA 6

**Grafico 7 Distribucion por CPN del grupo en estudio Calidad del llenado e interpretacion del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en labor y parto del hospital Escuela Regional de Jinotepe enero a marzo 2015**



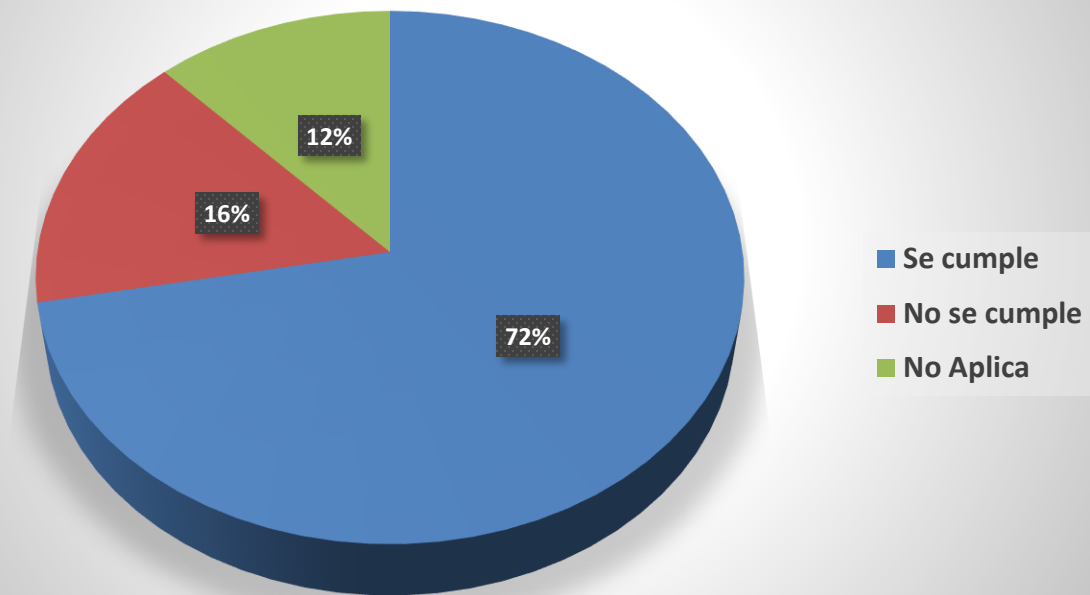
FUENTE: TABLA 7

**Grafico 8 Distribucion por edad gestacional del grupo en estudio**  
**Calidad del llenado e interpretacion del partograma como**  
**instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en labor y**  
**parto del Hospital Escueal Regional del Jinotepe enero a marzo 2**



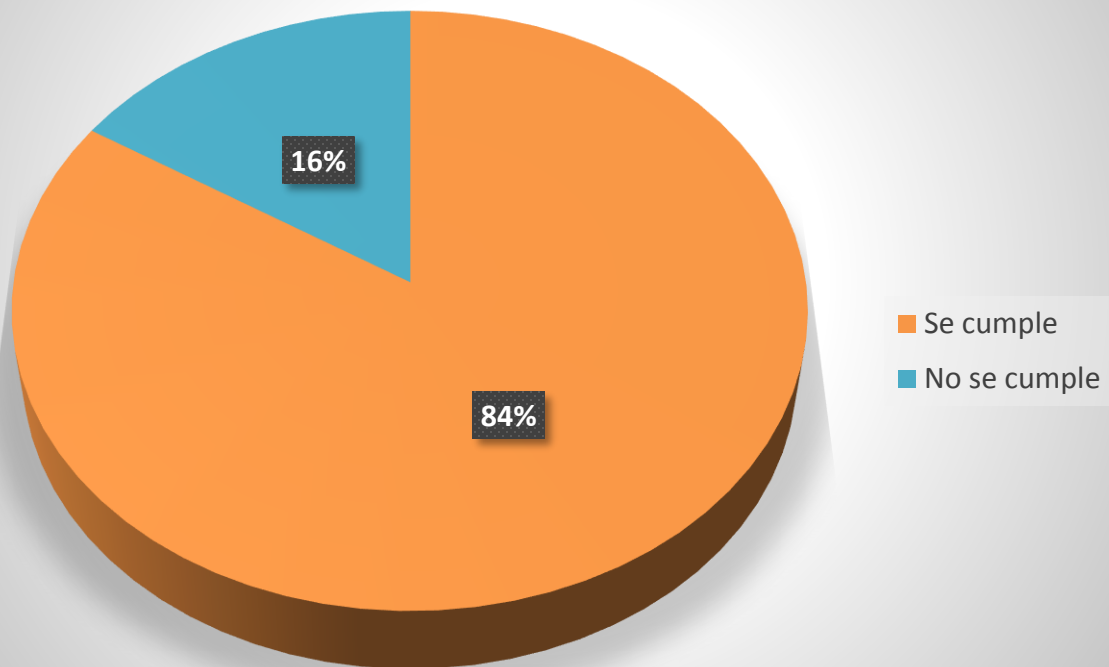
FUENTE: TABLA 8

**Grafico 9 Calidad del llenado de los partogramas como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en labor y parto en el Hospital Escuela Regional de Jinotepe enero a marzo 2015**



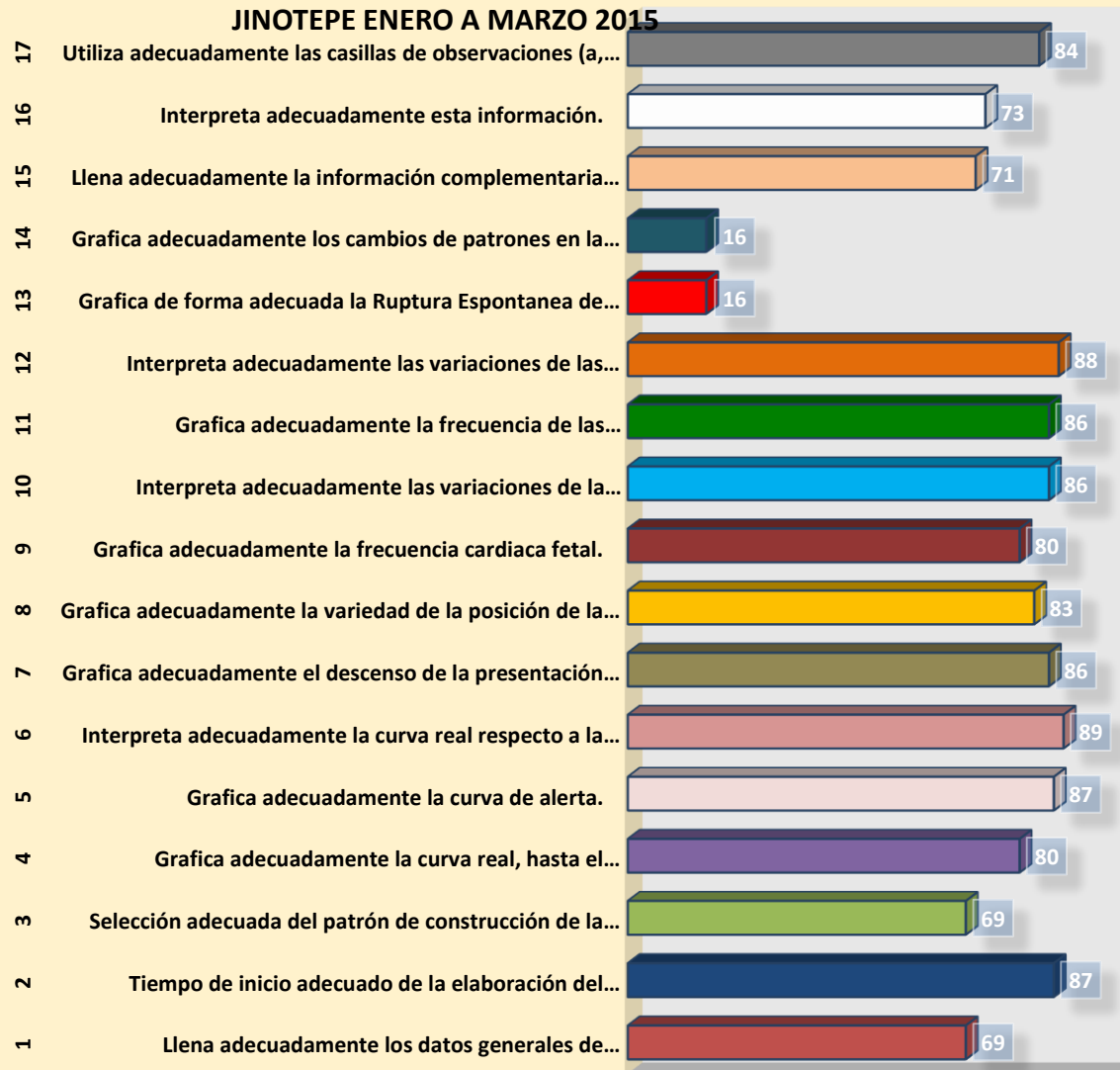
FUENTE: TABLA 9

**Grafico 10 Calidad de interpretacion de los partogramas como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en labor y parto del Hospital Escuela Regional de Jinotepe enero a marzo 2015**



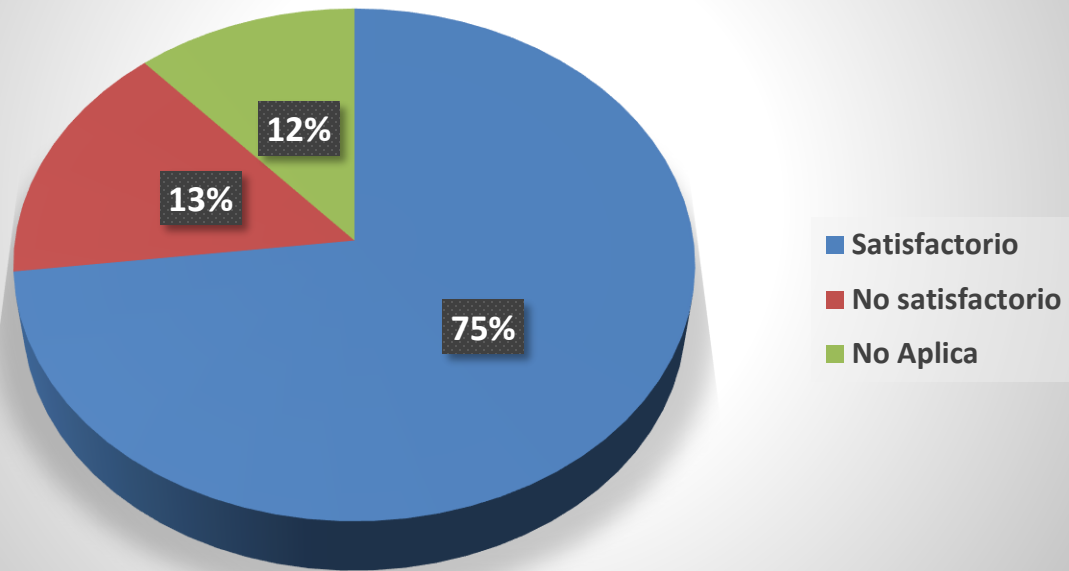
FUENTE: TABLA 10

**GRAFICO 11 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ACAPITES DE LA HOJA DEL PARTOGRAMA EMITIDO POR EL MINSA COMO INSTRUMENTO DE MANEJO Y VIGILANCIA DEL TRAAJO DEL PARTO EN LABOR Y PARTO DEL HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE ENERO A MARZO 2015**



FUENTE: TABLA 11

**Grafico 12** Porcentaje global de cumplimiento de los acapites de la hoja del partograma emitido por el MINSA como instrumento de manejo y vigilancia de manejo y vigilancia del trabajo del parto en labor y parto del Hospital Escuela Regional de Jinotepe ene



FUENTE: TABLA 12





**Figura 2. Vigilancia clínica del trabajo de parto**

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR Localiz. Intens.																

**Fuente:** Agudelo B, Gómez J, Faciolince S. Guía Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR - OMS/OPS. Dirección Seccional del Gobierno de Antioquia. Medellín-Colombia septiembre, 2007.

**Figura 3. Convenciones para diligenciar el partograma**

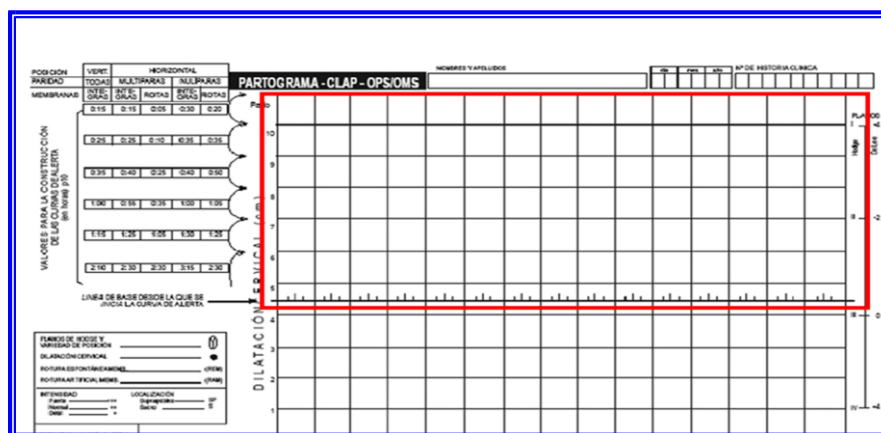
PLANOS DE HODGE Y VARIACION DE POSICION		DILATACION CERVICAL		ROTURA ESPONTANEA MEMB. — (REM)		ROTURA ARTIFICIAL MEMB. — (RAM)	
DOLOR		INTENSIDAD		LOCALIZACION		HORAS DE TRABAJO DE PARTO	
Fuerte		+++		SP		G12	
Normal		++		S		D25	
Débil		+				S20	
Suprapúbico						HORAS DE TRABAJO DE PARTO	
Sacro							
OBSERVACIONES		M		POSICION MATERNA		HORA REAL	
Meconio		I		LD		TENSION ARTERIAL	
Dips I		II		Lat. Derecho		PULSO	
Dips II		V		Lat. Izquierdo		FRECUENCIA CARDIACA	
Dips Variables				Dorsal		DURACION CONTRACCION	
POSICION MATERNA				Sentada		FREC. CONTRACCIONES	
LD				S		DOLOR / Localiz. / Intens.	
Lat. Derecho				Parada o caminando PC			
Lat. Izquierdo							
Dorsal							
Sentada							
S							
Parada o caminando PC							

VALORES TOMADOS DE SCHWARTZ, R y col. PUB. Cont. CLAP/OPSOMS. 595 (1975)

Tomado de: Agudelo B, Gómez J, Faciolince S. Guía Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del

CLAP/SMR - OMS/OPS. Dirección Seccional del Gobierno de Antioquia. Medellín-Colombia septiembre, 2007.

**Figura 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.**

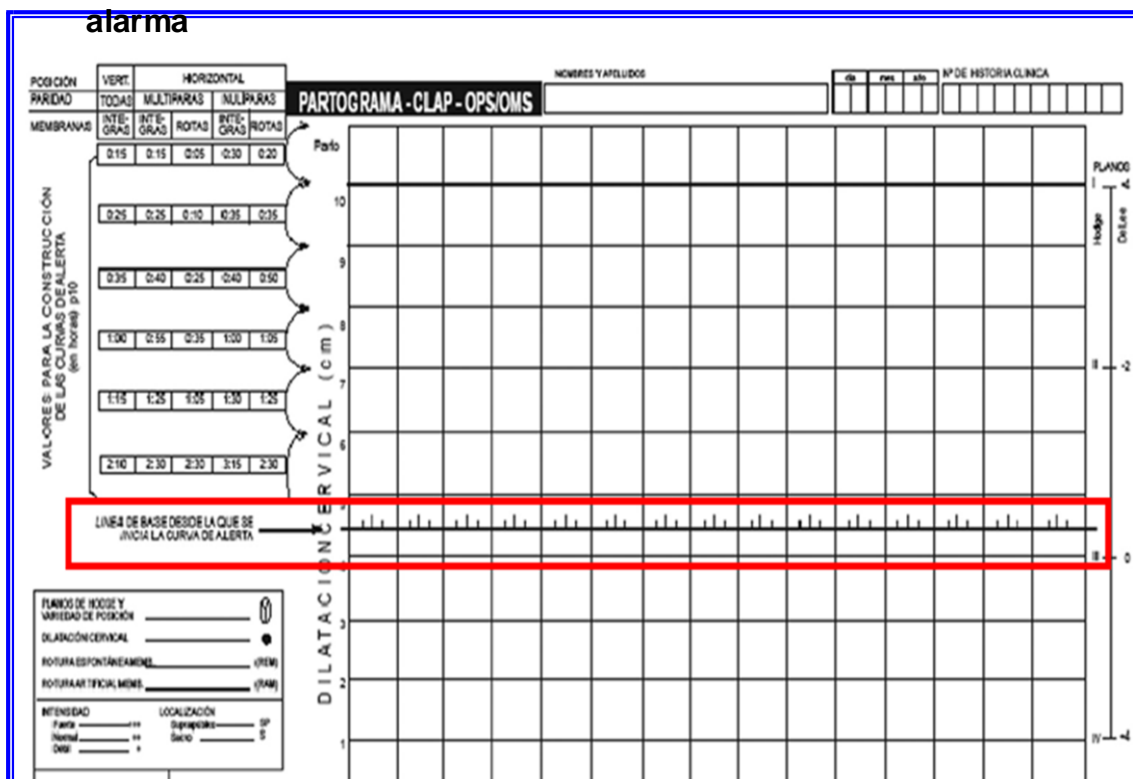


Tomado de: Agudelo B, Gómez J, Faciolince S. Guía Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del

CLAP/SMR - OMS/OPS. Dirección Seccional del Gobierno de Antioquia. Medellín-Colombia septiembre, 2007.



**Figura 6. Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma**

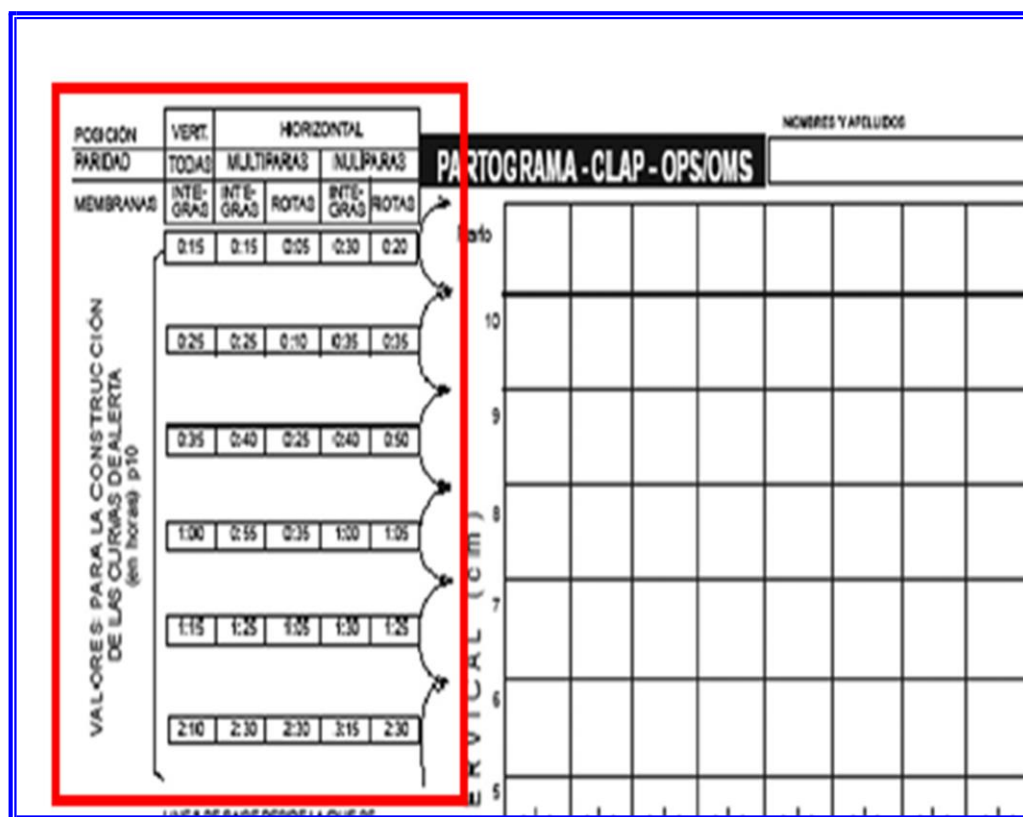


Tomado de: Agudelo B, Gómez J, Faciolince S. Guía Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del

CLAP/SMR - OMS/OPS. Dirección Seccional del Gobierno de Antioquia. Medellín-Colombia septiembre, 2007.

**Figura 7. Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de**

**Alerta**



Tomado de: Agudelo B, Gómez J, Faciolince S. Guía Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del

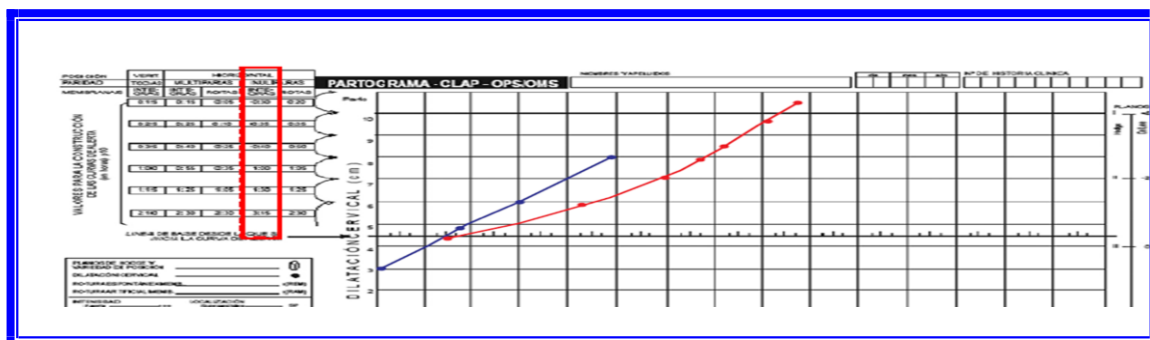
CLAP/SMR - OMS/OPS. Dirección Seccional del Gobierno de Antioquia. Medellín-Colombia septiembre, 2007.

**Figura 8. Construcción curvas de alarma si la paciente ingresa en 5 y 6 de dilatación**



**Figura 9. Construcción de curva de alerta casos que se inicie registro por debajo de línea**

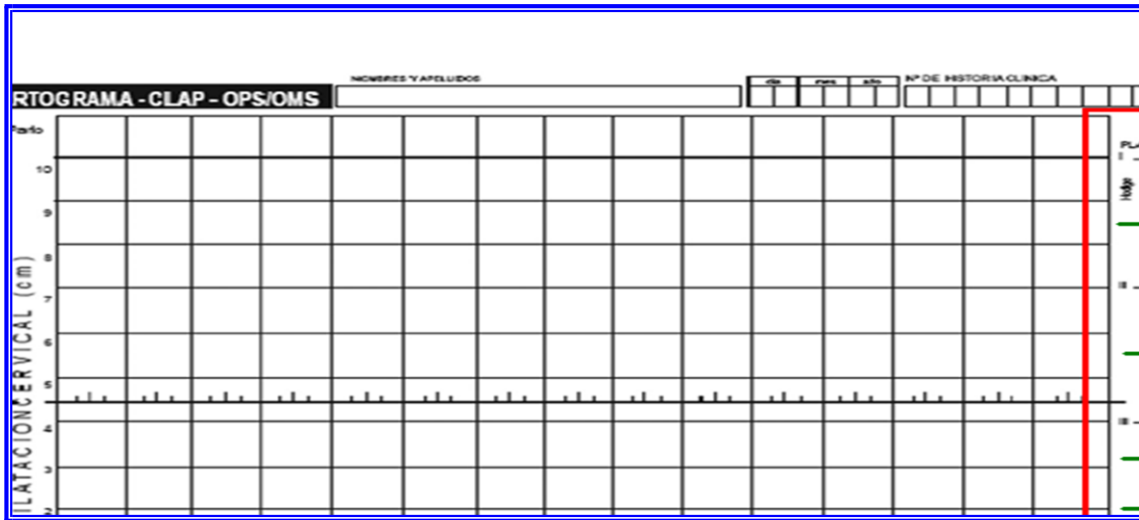
**De base**



Tomado de: Agudelo B, Gómez J, Faciolince S. Guía Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del

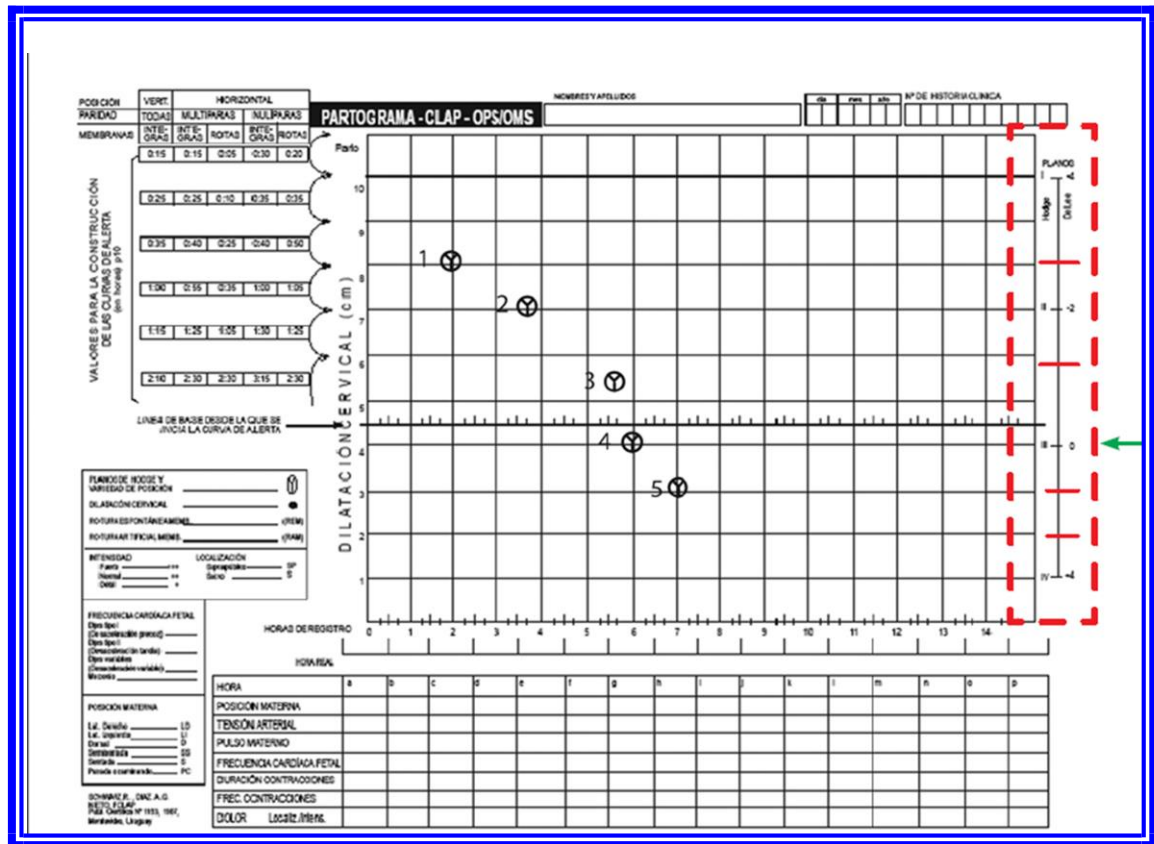
CLAP/SMR - OMS/OPS. Dirección Seccional del Gobierno de Antioquia. Medellín-Colombia septiembre, 2007.



**Figura 10.** Clasificación por tercios del plano de la pelvis

Tomado de: Agudelo B, Gómez J, Faciolince S. Guía Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR –OMS/OPS. Dirección Seccional del Gobierno de Antioquia. Medellín-Colombia septiembre, 2007.

**Figura 11. Gráfica de la Variedad de posición y planos De Lee en el Partograma**



Tomado de: Agudelo B, Gómez J, Faciolince S. Guía Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del

CLAP/SMR - OMS/OPS. Dirección Seccional del Gobierno de Antioquia. Medellín-Colombia septiembre, 2007.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**

Calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de enero a marzo del 2015.

**Autorización de la Dirección:** Previa Autorización de la Dirección del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe del SILAIS Carazo se procedió a recolectar la información de los expedientes clínicos de las pacientes en estudio:

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**

**INSTRUCCIONES.**

Llene primero el encabezado del Instrumento que hace referencia a los datos generales.

La ficha se desarrolla en 6 apartados, revise el expediente clínico, la Historia Clínica Perinatal y el partograma. contestando o marcando con una X solo aquellos que le afecten.

Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado SE CUMPLE (Es satisfactorio)

Anotar **0** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado NO SE CUMPLE (No es satisfactorio)

Registrar **NA** (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable.

La información será de Uso Exclusivo para fines de investigación con el objeto del Monitoreo del partograma con curva de alerta.

**MINISTERIO DE SALUD  
SILAIS CARAZO**

**HOSPITAL ESCUELA REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE**

**HOJA DE MONITOREO PARA EL PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA**

**I.- DATOS GENERALES**

**SILAIS:** \_\_\_\_\_ **Municipio:** \_\_\_\_\_ **Unidad de Salud:** Hospital Escuela Regional Santiago

**Monitor/Supervisor:** \_\_\_\_\_ **# Partogramas Revisados:** \_\_\_\_\_

**Periodo Monitoreado:** Primer trimestre 2015(Enero, Febrero, Marzo)

**Total Partos Atendidos en el Periodo:** \_\_\_\_\_

Registre el número del expediente monitor  N° Instrumento

**II. Objetivo específico No. 1.-.** Describir las características generales del grupo de las pacientes en estudio.

N°	VARIABLES	VALOR	x
1	Edad	< 19 años	
		19-34 años	
		35 años o más	
2	Escolaridad	Analfabeta	
		Primaria	
		Secundaria	
		Universitaria	
3	Estado civil	Soltera	
		Acompañada	
		Casada	
4	Procedencia	Urbana	
		Rural	

**III. Objetivo específico No. 2.-** Describir las características Ginecoobstétricos del grupo de las pacientes en estudio.

N°	VARIABLES	VALOR	x
1	Gestas	Primigestas	
		Bigesta	
		Multigesta	
2	Paras	Nulipara	
		Multipara	
3	Controles Prenatales	1	
		2	
		3 o más	
4	Edad Gestacional	37-41 SG	6/7
		Mayor de 42 SG	

**IV.- Objetivo específico No. 3.** Determinar la calidad del llenado de los datos del partograma del presente estudio.

N°	CRITERIOS/EVALUACION	SE CUMPLE	NO SE CUMPLE	NO APLICA
1	Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta			
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma			
3	Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta			
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento			
5	Grafica adecuadamente la Curva de Alerta			
6	Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge			
7	Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación			

N°	CRITERIOS/EVALUACION	SE CUMPLE	NO SE CUMPLE	NO APLICA
8	Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)			
9	Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas			
10	Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM)			
11	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas)			
12	Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas			
13	Observaciones			

**V.- Objetivo específico No. 4. ∴** Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma.

N°	CRITERIOS/EVALUACION	SE CUMPLE	NO SE CUMPLE	NO APLICA
1	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta			
2	Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal			
3	Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.			
4	Interpreta adecuadamente ésta información complementaria			



**VI. Objetivo específico No. 5:** Evaluar el porcentaje de cumplimiento de los acápites de la hoja del partograma emitidos por el MINSA en el grupo de pacientes en estudio.

N°	CRITERIOS/EVALUACION	SE CUMPLE	NO SE CUMPLE	NO APLICA
1	Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta			
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma			
3	Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta			
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento			
5	Grafica adecuadamente la Curva de Alerta.			
6	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.			
7	Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge.			
8	Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación			
9	Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)			
10	Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal			
11	Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas			
12	Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas			
13	Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas			

N°	CRITERIOS/EVALUACION	SE CUMPLE	NO SE CUMPLE	NO APLICA
	(REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM)			
14	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas)			
15	Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas			
16	Interpreta adecuadamente ésta información complementaria			
17	Observaciones			